

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

SIRLENE FERREIRA LOBATO DA SILVA

**PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS
PARTICIPANTES DO HIPERDIA NO MUNICÍPIO DA SERRA**

VITÓRIA
2014

SIRLENE FERREIRA LOBATO DA SILVA

**PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS
PARTICIPANTES DO HIPERDIA NO MUNICÍPIO DA SERRA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de bacharel em Nutrição.

Orientador: Prof. Paula Regina Campos

VITÓRIA
2014

SIRLENE FERREIRA LOBATO DA SILVA

**PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS PARTICIPANTES DO HIPERDIA NO
MUNICÍPIO DA SERRA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,
como requisito obrigatório para obtenção do título de bacharel em Nutrição.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Professora orientadora – Paula Regina Campos, FCSES

Professor. _____, FCSES

Professor. _____, FCSES

AGRADECIMENTOS

Agradeço principalmente a Deus todo poderoso, pois eis que Deus é a minha salvação; nele confiarei, e não temerei, porque o SENHOR DEUS é a minha força e o meu cântico, e se tornou a minha salvação, (Isaías 12).

Aos meus pais, Paulo Roberto e Dalva, por sempre me dar o amor e carinho necessário para que eu pudesse crescer e acreditar nos meus sonhos eu amo vocês!

Aos meus irmãos, sobrinhos (as) e cunhados (as), agradeço pelo amor e compreensão.

A minha professora Paula, por acreditar neste projeto sendo minha orientadora nesta reta final, com tanta paciência neste momento de tensão muito obrigada!

Aos meus colegas de sala que durante o curso aprendi a amar e se tornarão parte da minha vida em especial Andrei Bertolo, Eliane Cavalcante, Fabiane Cavalcante, Mayara Oliveira, Reny Gomes, Valdineia Pereira e Wislane Ferreira.

Ao meu esposo Eduardo, que esteve ao meu lado nos momentos difíceis, sempre me incentivando com tanta paciência e carinho. Obrigada, te amo muito!

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo avaliar o perfil nutricional de um grupo de usuários participantes do HIPERDIA de uma Unidade de Estratégia em Saúde da Família (ESF) localizado no Bairro José de Anchieta, Serra/ES, por meio de avaliação antropométrica e hábitos alimentares associados a outros fatores de estilo de vida. O estudo foi realizado com 50 adultos hipertensos e/ou diabéticos. Os dados foram coletados em visitas domiciliares com moradores que fazem parte de um grupo do Hiperdia da Unidade de Saúde em José de Anchieta, Serra. Os participantes foram questionados sobre dados de conhecimento sobre a doença HAS e DM, dados de estilo de vida (tabagismo, álcool e atividade física) bem como condições socioeconômicas (renda, ocupação, quantas pessoas moram na mesma casa e se é alugada ou própria), dados demográficos (gênero, idade) para conhecimento da classe econômica e aplicação de um questionário de frequência alimentar (QFA). O estado nutricional foi avaliado utilizando-se medidas antropométricas (peso, altura e circunferência da cintura). A final deste estudo obtiveram-se resultados demonstrando o maior número de participantes do sexo feminino com 74% e 26% masculino. Dentre os pesquisados, 74% apresentaram somente hipertensão arterial e 22% apresentaram hipertensão e diabetes mellitus. Apenas 42% dos participantes realizam atividade física. Do total da amostra, 46% obesidade, 32% sobrepeso e 22% eutrofia sem nenhum caso de magreza. A medida da circunferência da cintura mostrou risco elevado para 86%, com maior incidência no sexo feminino. Dentre os 50 adultos que mantem uma dieta alimentar devido à hipertensão, 80% utilizam outro tempero além do sal no alimento, destes 46% utilizam temperos artificiais, quando questionados se já receberam alguma orientação sobre alimentação 56% informam já ter recebido, sendo 20% dos participantes informaram ter recebido estas orientações por uma nutricionista. Assim, torna-se necessário um acompanhamento por uma equipe multidisciplinar no Hiperdia, com objetivo de reduzir a prevalência de sobrepeso e complicações cardiovasculares, garantindo aos participantes uma melhor qualidade de vida, por meio de adoção de estilo de vida e hábitos alimentares saudáveis.

Palavras chave: HIPERDIA. Hipertensão. Sobrepeso.

ABSTRACT

This study aimed to assess the nutritional status of a group of participants using the HIPERDIA a unit in the Family Health Strategy (FHS) located in District José de Anchieta , Serra / ES , using anthropometric and dietary habits associated with other lifestyle factors . The study was conducted with 50 adult hypertensive and / or diabetic . Data were collected during household visits with residents who are part of a group of Hiperdia Health Unit José de Anchieta , Sierra . Participants were asked about Knowledge about the disease hypertension and DM , Data lifestyle (smoking , alcohol and physical activity) as well as socioeconomic status (income, occupation , how many people live in the same house and if it is owned or rented) , demographics (gender , age) for economy class knowledge and application of a food frequency questionnaire (FFQ) . Nutritional status was assessed using anthropometric measurements (weight , height and waist circumference) . The final study results have been obtained demonstrating the greatest number of female participants with 74 % and 26 % males. Among those surveyed, only 74 % had hypertension and 22 % had hypertension and diabetes mellitus . Only 42% of participants perform physical activity . Of the total sample , 46 % were obese , 32 % overweight and 22 % eutrophic no case of thinness . The measurement of waist circumference showed high risk to 86 % , with higher incidence in females . Among the 50 adults who maintain a diet due to hypertension , 80 % use other seasoning beyond salt in food, these 46 % use artificial seasonings , when asked whether they have received some guidance on feeding 56 % report have received , with 20 % participants reported receiving these guidelines by a nutritionist . Thus , it becomes necessary monitoring by a multidisciplinary team in Hiperdia , aiming to reduce the prevalence of overweight and cardiovascular complications , guaranteeing participants a better quality of life through adoption of lifestyle and healthy eating habits .

KEYWORDS: HIPERDIA. Hypertension. Overweight

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Indicadores Socioeconômicos dos usuários de um grupo do Hiperdia de um bairro do Município de Serra ES.....	53
Tabela 02 - Características relativas a estilo de vida e medidas antropométricas de participantes de um grupo do Hiperdia em um bairro do município de Serra, ES.....	56/57
Tabela 03 - Características dos participantes segundo sexo e doença de um grupo do Hiperdia em um bairro do município de Serra, ES.....	60
Tabela 04 - O conhecimento sobre Hipertensão e Diabetes de um grupo do Hiperdia em um bairro do município de Serra, ES.....	60
Tabela 05 - Percentual do conhecimento sobre Hipertensão e Diabetes de um grupo do Hiperdia em um bairro do município de Serra, ES.....	61
Tabela 06 - Percentual das variáveis relacionadas à alimentação de um grupo do Hiperdia em um bairro do município de Serra, ES.....	64
Tabela 07 - Percentual das variáveis relacionadas à frequência alimentar referidas de um grupo do Hiperdia em um bairro do município de Serra, ES.....	67

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição do percentual segundo gênero	51
Figura 2 – Distribuição do percentual da importância da dieta no tratamento da Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial	65
Figura 3 – Distribuição do percentual de quem já recebeu orientação de dieta para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, de um grupo do Hiperdia em um bairro do município de Serra, ES.	69

LISTA DE SIGLAS

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CC- Circunferência da Cintura

DM- Diabete Mellitus

DCNT – Doença Crônica Não transmissível

ESF- Estratégia da Saúde da Família

HA– Hipertensão Arterial

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

PAD- Pressão arterial diastólica

PA- Pressão Arterial

PAS- Pressão arterial sistólica

PNAB - *Política Nacional de Atenção Básica*

QFA- *Questionário de Frequência Alimentar*

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAPS –Unidade de Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	REFERENCIAL TEÒRICO.....	23
2.1	TRANSIÇÃO EPIDEMIOLOGICA.....	23
2.2	MUDANÇA DOS HÁBITOS ALIMENTARES.....	24
2.3	DOENÇAS ASSOCIADAS.....	25
2.4	HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	25
2.5	CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	26
2.6	FATORES DE RISCO PARA A HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	27
2.6.1	Idade.....	27
2.6.2	Sexo.....	28
2.6.3	Etnia.....	29
2.6.4	Genética.....	30
2.6.5	Tabagismo.....	30
2.6.6	Alcoolismo.....	31
2.6.7	Obesidade.....	32
2.6.8	Estresse.....	34
2.6.9	Sedentarismo.....	34
2.6.10	Ingestão excessiva de sódio e gordura.....	35
2.7	CONSEQUÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	36
2.8	DIABETES MELLITUS.....	37
2.9	CLASSIFICAÇÕES DA DIABETE MELLITUS.....	37
2.9.1	Pré-diabetes.....	38
2.9.2	Diabetes mellitus tipo1.....	38
2.9.3	Diabetes mellitus tipo 2.....	39
2.9.4	Diabetes mellitus gestacional.....	39

2.9.5	Outros tipos de diabetes mellitus.....	40
2.10	FATORES DE RISCO PARA DIABETES MELLITUS.....	40
2.11	CONSEQUÊNCIA DA DIABETES MELLITUS.....	41
2.12	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	42
2.13	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).....	42
2.14	HIPERDIA.....	44
3	METODOLOGIA.....	47
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	47
3.2	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	47
3.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	47
3.4	CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	47
3.5	COLETA DE DADOS.....	48
3.6	ANÁLISE DE DADOS.....	50
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA.....	51
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
	REFERÊNCIAS.....	73
	ANEXOS.....	87
	ANEXO A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	87
	ANEXO B– Questionário.....	89
	ANEXO C- Questionário de Hipertensão Arterial (QHA).....	93

1 INTRODUÇÃO

O Brasil passa por mudanças no seu perfil de morbimortalidade de população com o crescente número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), se destacando câncer e doenças cardiovasculares (BRASIL, 2011a).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), dietas inadequadas, sem cor e variedade aliada à falta de atividade física são fatores determinantes para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), que são doenças adquiridas ao longo da vida, relacionadas à genética, estilo de vida, hábitos alimentares, sexo, idade, sendo características pela cronicidade, ou seja, não possui cura, apenas tratamento (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

O estado nutricional leva em conta vários marcadores, como a correta utilização de energia proveniente da alimentação ao longo do dia nas diversas atividades exercidas pelo corpo, tanto atividades metabólicas, decorrentes do funcionamento interno corporal, quanto de movimentos externos, como a força demandada de uma caminhada (RIBEIRO et al., 2011).

Sendo assim pode se destacar como doenças crônicas não transmissíveis, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus que são doenças mais comuns entre a população, que tem o seu tratamento e controle uma mudança no seu estilo de vida no qual deverá ser modificada sua alimentação e um aumento no controle com a medicação prescrita, sendo importante para a não complicação destas patologias (MIRANZI et al., 2008).

O número de pessoas diabéticas que desenvolvem hipertensão arterial é muito maior do que em população não diabéticos. Com o passar dos anos adultos diabéticos tem 90% de chances de se tornar hipertensos. (MARTINS et al., 2010).

Para que seja caracterizada hipertensão arterial os níveis pressóricos deverão ser iguais ou superiores a 140mmHg de pressão arterial sistólica (PAS) e/ou 90 mmHg de pressão arterial diastólica (PAD) sendo realizada subsequentemente a aferição para ser caracterizada como o aumento da P.A. (GOMES; SEYFFARTH; NASCIMENTO, 2008).

Com o aumento nos fatores de risco na população com Hipertensão Arterial (HA) para mortalidade cardiovascular, já que a Hipertensão Arterial é responsável por

40% das mortes por Acidente Vascular e 25% por doenças arteriais coronarianas. (BONALUME; ABREU; FRAZÃO, 2009)

A causa da hipertensão em muitos casos se desconhece. Mas esta síndrome pode se acarretar por vários fatores como: estresse, tabagismo, fatores dietéticos, sedentarismo e histórico familiar. (MOLINA et al., 2003).

Sendo assim, além do controle alimentar, redução do uso de sódio, bebidas alcoólicas e cigarro, a atividade física também é essencial na prevenção e controle da hipertensão e outras morbidades (BARROSO et al., 2008).

Na Diabetes Mellitus (DM) sua síndrome pode ser caracterizada por múltipla etiologia, dando-se pela falta ou a incapacidade de insulina exercer seu papel. É caracterizada por hiperglicemia com distúrbio no metabolismo de proteínas, lipídios e carboidratos. (BRASIL, 2011a).

Sendo caracterizada com alta morbimortalidade o diabetes é uma das principais causas de mortalidade, amputação de membros inferiores, cegueira, insuficiência renal e doença cardiovascular (BRASIL, 2011a).

Os estudos que projetam uma estimativa do aumento da população diabética até o ano de 2030 estima uma crescente população diabética de 366 milhões, onde 90% desta população será diagnosticada com Diabetes Mellitus do tipo 2. (GOMES et al., 2006).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos do mundo. Foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira a fim de oferecer um atendimento igualitário para a população. Que tem como objetivo garantir o acesso universal e gratuito a toda população (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde, com o propósito de reduzir os agravos associados HA, vem desenvolvendo ações através do Plano de Reorganização da Atenção à HA e ao Diabetes Mellitus (DM) e assim apoiar a reorganização da rede de saúde, para melhorar a atenção aos portadores dessas patologias (RAMOS, 2008).

Nesta perspectiva, muitas ações foram desenvolvidas no país, como a elaboração de protocolos clínicos e treinamentos dos profissionais de saúde; a garantia da distribuição gratuita de medicamentos e a criação de um Sistema Informatizado de

cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, denominado Sis-HIPERDIA, mais conhecido como HIPERDIA (CHAZAN; PEREZ, 2008).

O HIPERDIA permite cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS e/ou DM, além de possibilitara definição do perfil epidemiológico desta população, formulando e implementando estratégias de saúde pública com o propósito de modificar as condições existentes com melhoria da qualidade de vida das pessoas afetadas e redução do custo social (RAMOS, 2008).

A HA e DM são doenças que possuem agravos importantes e assim necessitam de tratamentos adequados, no qual se faz necessário um tratamento que adapte seu estilo de vida do paciente e melhore suas condições condizentes. Portanto assim, avaliar o estado nutricional destes pacientes por meio de avaliação antropométrica, aliado ao conhecimento sobre os cuidados com alimentação e adicionados a outro estilo de vida se faz necessário, justificando assim este trabalho.

2REFERENCIAL TEÓRICO

2.1TRANSIÇÃO EPIDEMIOLOGICA

De acordo com pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012) por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008 constatou-se *que* 31,3% da população brasileira são portadoras de pelo menos uma doença crônica, e 5,9% são portadores de pelo menos três ou mais doenças crônicas como, por exemplo, a Hipertensão Arterial (H.A), Diabetes Mellitus (DM) entre outras. Por sexo, os percentuais de doenças crônicas foram assim constatados: mulheres (35,2%) e homens (27,2%).

Em relação á idade, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (2012) verificou ainda que a proporção de pessoas que afirmaram ter doenças crônicas crescia conforme aumentava a idade. Na faixa de 0 a 4 anos, o percentual de pessoas que declaram ter uma doença crônica era 9,1, na faixa de 50 a 64 crescia para 65%, chegando a 79,1% para aqueles com 65 anos ou mais. Para este último grupo etário, 28,3% declararam possuir três ou mais doenças crônicas. Entre as doenças crônicas identificadas por algum médico ou um profissional de saúde, a mais frequentemente foi a HA, sendo declarada por 14% das pessoas.

Estudo tem demonstrado que existem cerca de 600 milhões de hipertensos no mundo. Sendo uma doença com um índice de mortalidade de 13% totalizando 7,1 milhões de mortos (TEIXEIRA et al.,2006)

Outro estudo realizado em diversos países do continente americano com indivíduos com idade acima de 35 anos mostrou que a HA obteve uma prevalência de 14% e 40%, e no Brasil a prevalência de HA está entre 22,3% e 43,9%, sendo superior a 50% na faixa etária de 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Dados do Estudo Multicêntrico do Idoso (EMI)atendidos em ambulatórios ou consultórios de Cardiogeriatrics, Cardiologia ou Geriatrics, de diversos locais do Brasil, demonstrou que a prevalência de HA entre idosos é de 65%, e entre mulheres com mais de 75 anos, a prevalência de 80% de hipertensas (TADDEI et al., 1997).

2.2 MUDANÇA DOS HÁBITOS ALIMENTARES

A ciência da alimentação e nutrição tem se modificado constantemente durante os últimos anos, sendo estes resultados usados de melhor forma para a melhoria de vida da população (PHILIPP et al., 1999).

Segundo Garcia (2003), a criação de produtos a partir de novas tecnologias na agricultura e indústria de alimentos tem sido visto com grande preocupação na ciência da saúde já que alguns estudos têm feito correlações do consumo destes novos produtos a doenças crônicas.

Devido à transição nutricional e a industrialização presente no país, a alimentação da população sofreu alterações que repercutiram no seu estado de saúde, levando ao aumento dos casos de obesidade. Houve aumento na ingestão calórica diária, com uso de dieta rica em gordura saturada, gordura “trans”, excesso de carboidratos simples, aumento no consumo de produtos industrializados e lanches, resultando numa baixa ingestão de fibras devido ao pequeno consumo de produtos in natura (RINALDI et al., 2008; PALLOS, 2006; SOUSA, 2010).

Em decorrência a uma mudança gerada pelo perfil de vida da população urbana a indústria e comércio foram se adaptando a estes perfis de população, no qual se caracterizam por menor tempo para se alimentar e com disponibilidade para comprar criando novos produtos que os atendam fazendo com que assim ocorra uma alteração no hábito alimentar da população. (GARCIA, 2003).

A inserção em maior escala da mulher no mercado de trabalho, onde se perdem os valores familiares de alimentação saudável, o sedentarismo devido a jornadas desgastantes de trabalho e a dificuldade em conciliar horários para praticar atividades físicas com o estresse do dia-dia (MAGDALENO; CHAIM; TURATO, 2009).

Os hábitos desenvolvidos na infância, onde são formadas as fontes que estruturam a família e os conceitos nos quais são formadores de adultos cujas características físicas e psíquicas estão ligadas ao modelo familiar e social ao qual o indivíduo está inserido. A prevalência de menos filhos por família, segundo estudos recentes, também interferem diretamente na aquisição de hábitos não saudáveis, assim como também a facilidade tecnológica que leva ao sedentarismo no período infanto-juvenil (SANTOS; RABINOVICH, 2011).

O consumo de arroz e feijão que antes eram importantes no prato de grande parte da população diminuiu ficando apenas na lista de prioridade da população mais carente sendo não mais importante para grande parte que procura por uma condição financeira maior. (GARCIA, 2003).

Quando se diz alimentação tradicional se faz uma analogia aos costumes familiares e a alimentos naturais e são a partir destes valores que a mídia apresenta a população fazendo com que sejam ofertados alimentos industrializados mais com uma indagação de tradição para que a população seja induzida ao consumo dos mesmos. (GARCIA, 2003).

2.3 DOENÇAS ASSOCIADAS

O aumento do consumo de alimentos ricos em calorias, colesterol, sódio, gordura saturada são fatores importantes para o surgimento de doenças como dislipidemia, obesidade, diabetes e hipertensão arterial. (AGUIAR, 2006).

Nos últimos anos, houve uma mudança do perfil de mortalidade da população com o aumento do número de mortos por consequência de doenças crônicas degenerativas como hipertensão arterial e diabetes mellitus que são doenças com um alto fator de risco para doença cardiovascular. (PAIVA, 2006).

2.4 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A H.A. é uma doença multigênica e com várias etiologias podendo agravar vários órgãos como rins, coração, cérebro, retina e vasos (CUPPARI, 2005).

É definida como pressão arterial persistentemente elevada sendo seus níveis sistólica acima de 140mmHg e seu nível de diastólica acima de 90mmHg (MAHAN; ESCOTT-STUMP; KRAUSE, 2011).

Considerando os sintomas para o seu diagnóstico não muito significativos deve se realizar uma anamnese direcionando ao tempo em que tem a H.A, para que assim seja realizado o tratamento com a finalidade de impedir o uso de medicamentos que possam interferir nos medicamentos prescritos (CUPPARI, 2005).

São estimados que 20% a 44% da população adulta brasileira tenham a hipertensão arterial. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A pressão arterial (PA) pode se elevar devido a consequência do débito cardíaco, volume, distensão das artérias, viscosidade do sangue e velocidade (CASTOLDI et al., 2010).

Deste modo a PA é o produto de débito cardíaco multiplicado pela resistência vascular periférica, sendo quando há uma redução no diâmetro do vaso sanguíneo, tanto a resistência como a PA se elevam, diferente, quando ocorre um aumento do diâmetro do vaso sanguíneo, a resistência periférica e a PA diminui (MAHAN; ESCOTT-STUMP;KRAUSE, 2011).

O nível socioeconômico de pessoas portadoras da HA é difícil de ser estabelecido. Mas estudos apontam que no Brasil a prevalência é de pessoas com menor escolaridade portadora da doença. Sendo associado o aumento da PA por ingestão excessiva de álcool e sódio (NOBRE, 2010).

2.5 CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial primária ou essencial é caracterizada por não possuir uma etiologia específica sendo uma causa multifatorial com relações ambientais e genéticas(MAHAN; ESCOTT-STUMP;KRAUSE, 2011).

Já a classificada como Hipertensão secundária se tem uma etiologia definida, levando o aumento da PA podendo ser sua causa renal, endócrina, coarctação da aorta do sistema nervoso central, gravidez, fármacos e substâncias e estresse agudo (SOUZA, 2008).

São classificados hipertensos adultos acima de 18(dezoito) anos em que a PA alcance um valor superior a 140/90mmHg(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No quadro1 estão referenciados os valores pressóricos, para pessoas acima de 18 (dezoito) anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Quadro 1 – Classificação da pressão arterial

Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)		
Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Limítrofe	< 130	< 85
Hipertensão Estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão Estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥ 140	< 90

Nota: Quando as pressões, sistólica e diastólica, estão em classes diferentes, a de maior deve ser utilizada para a classificação da pressão arterial.

FONTE: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

2.6 FATORES DE RISCO PARA A HIPERTENSÃO ARTERIAL

São definidos como características ou elemento de risco, endógeno ou exógeno, que possa ter maior probabilidade de desenvolvimento de uma doença. (SOUZA; VIANA, 2007).

Deve se preocupar aos fatores de risco, mesmo os mais incomuns, para que assim o paciente seja cuidado corretamente, ou seja, identificar, cada caso individualmente, todos os fatores de risco e obter a melhor forma de intervir aplicando tratamentos terapêuticos estabelecidos (SOUZA, 2008).

São desconhecidas as causas da HA, sendo que existem fatores que podem estar associadas à elevação da PA, como sexo, etnia, pré-disposição genética, idade, alcoolismo, sobrepeso e obesidade, estresse, sedentarismo e ingestão elevada de sódio e gorduras, entre outras (SOUZA; FRANÇA, 2008).

2.6.1 Idade

A PA aumenta linearmente com a idade, sendo a prevalência de HAS na faixa etária acima de 65 anos superior a 60%, porém nessa faixa etária predomina a elevação da pressão sistólica, sendo mais importante que a diastólica na determinação do

risco cardiovascular (MIRANDA et al., 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo Braunwald (2009), pacientes idosos podem apresentar três características que refletem na alteração da PA relacionados com a idade: a primeira é resultado das artérias acentuadamente escleróticas; a segunda característica reflete em perda progressiva da responsividade aos barorreceptores com a idade; a terceira característica é o aumento da rigidez arterial, que em grande parte é responsável pelos níveis mais altos de pressão sistólica.

De acordo com Miranda e outros (2008) o enrijecimento arterial causado pelo aumento da idade tem papel central no aumento da prevalência da HA. O mesmo autor cita ainda, que as alterações ocorridas devido ao processo de envelhecimento vascular caracterizam perdas das propriedades elásticas dos vasos, tendo como consequência redução da sua distensibilidade e complacência.

Souza e Viana (2007) verificaram em seu estudo o aumento da prevalência de HAS para ambos os sexos a partir dos quarenta anos de idade, sendo 82% das mulheres e 80% dos homens.

Souza e outros (2007) também encontraram resultados semelhantes, constataram aumento linear da prevalência da HA com o aumento da idade, sendo a prevalência de 43,3% de HAS na faixa etária de 40 a 49 anos, 42,4% de 50 a 59 anos, 48,6% de 60 a 69 anos, e 62,3% nos maiores de 70 anos. Observaram ainda que pessoas maiores de 60 anos apresentaram maior percentual de HA sistólica isolada, com maior repercussão na oitava década de Vida.

2.6.2 Sexo

De acordo com Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a prevalência mundial de HAS é semelhante entre homens e mulheres, sendo mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década.

De acordo com Irigoyen e outros (2003), citado por Silva (2009), as mulheres apresentam pressão mais baixa durante a fase de climatério, devido os hormônios ovarianos, assim, com a chegada da menopausa a prevalência da PA alta entre homens e mulheres tende a se aproximar.

Para Braunwald (2009), a maior prevalência de HA em homem do que nas mulheres antes da menopausa pode ser em consequência do menor volume sanguíneo das mulheres decorrentes das menstruações.

Souza e outros (2007), num estudo sobre HAS na Cidade de Campo Grande- MS, verificaram maior percentual de homens (51,8%) com HAS elevada o momento da aferição, e menor entre as mulheres (33,1%).

Já no estudo realizado por Cipullo e outros (2009), a prevalência da HA foi similar em mulheres (26,8%) e homens (23,8%), exceto no grupo etário ≥ 70 anos, onde foi encontrada uma maior prevalência entre mulheres (82,4%) quando comparadas aos homens (57,1%).

2.6.3 Etnia

Segundo os autores Cruz e Lima (1999) em seus estudos perceberam que ser da etnia negra se torna um forte fator predisponente à HAS, deixando as pessoas afro-brasileiras muito mais expostas ao desenvolvimento de uma HA mais severa, como também a um maior risco de ataque cardíaco e de casos de morte súbita quando comparadas às pessoas de etnia branca.

As mulheres afro-descendentes, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), possuem um risco para desenvolver HA de até 130% em relação às mulheres brancas.

Uma das explicações, segundo Braunwald (2009), para a elevação da PA em negros talvez seja a correlação com as condições socioeconômicas mais baixas deste grupo específico.

Um estudo epidemiológico com adultos residentes na cidade de Pelotas – RS, observou que os indivíduos não-brancos apresentaram 25% mais de HA do que os indivíduos brancos, mostrando maior prevalência para os indivíduos não-brancos (COSTA et al., 2007).

2.6.4 Genética

Em estudos feitos na população estabelece que à genética seja uma das contribuições para a origem da HA, sendo não existentes variantes genéticas que possam avaliar o risco das pessoas individualmente de se desenvolver HA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo os autores Pereira e Krieger (2005), variações genéticas podem contribuir na determinação dos níveis pressóricos de um indivíduo pela herança genética e assim elevar sua PA, que são caracterizadas como uma expressão do genótipo ou uma quantidade populacional distribuída.

Porém a identificação de variantes gênicas que contribuem para o desenvolvimento da HA é ainda complicada pelo fato de a HA, como fenótipo, ser o resultado de uma série de outros fenótipos intermediários.

Múltiplos fatores ambientais desempenham um papel importante nesse cenário, interagindo com múltiplos genes para decolar com a distribuição da PA para níveis mais altos, assim, familiares hipertensos devem ser aconselhados a evitar fatores ambientais que agravam a HAS, tais como tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e excesso de sódio (BRAUNWALD, 2009).

No estudo conduzido por Costa e outros (2007), verificou-se que 60% dos hipertensos possuíam algum antecedente familiar para HAS. A associação positiva entre HAS e história familiar, também foi encontrada por PIATI, FELICETTI e LOPES (2009), o qual evidenciou que cerca de 70% dos indivíduos estudados possuíam história familiar de doença hipertensiva.

2.6.5 Tabagismo

Segundo Pessuto e Carvalho (1998), o tabagismo eleva a PA, devido à ação da nicotina que promove a liberação de catecolaminas. Além disso, a nicotina prejudica o transporte de oxigênio no sangue sendo sua porcentagem alterada de glóbulos vermelhos, o uso de fumo resulta no aumento de monóxido de carbono que se liga a hemoglobina aumentando o risco de acúmulo de gordura nos vasos internos.

Ao fumar os sinais pressóricos do paciente promovem uma elevação que pode ser de 5 a 10mmHg, alterando seus batimentos cardíacos(MORENO; TOLEDO; FONSECA, 2004).

A cessação do tabagismo deve ser estimulada tanto para os não hipertensos como e principalmente para os hipertensos, através de medidas terapêuticas, e de aconselhamento, pois a cessação do tabagismo constitui medida fundamental e prioritária na prevenção das doenças cardiovasculares e de outras doenças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em estudo realizado por Martins e outros (2009), observou-se que os indivíduos fumantes e ex-fumantes apresentaram uma prevalência de HA maior em relação aos indivíduos não fumantes. Observou-se ainda um aumento significativo na prevalência da HA com o aumento do uso de cigarros.

2.6.6 Alcoolismo

Os efeitos do abuso de álcool refletem um aumento do débito cardíaco e da frequência cardíaca, e conseqüentemente o aumento da PA. Além disso, o álcool aumenta a rigidez arterial, a atividade nervosa simpática e altera as membranas celulares, que permite maior entrada de cálcio talvez pela inibição do transporte de sódio (MAHAN; ESCOTT-STUMP; KRAUSE, 2010).

Estudos observacionais relacionam o alto consumo de bebidas alcoólicas com a elevação da PA no indivíduo, da mesma forma que correlacionam a redução da ingestão de álcool à diminuição da PA, sendo os indivíduos que não conseguem reduzir a quantidade de bebida alcoólica a menos de 30 ml/dia para homens e metade dessa dose para mulheres que deveriam restringir totalmente o seu uso (BRASIL, 2006).

Conforme APPEL e outros (2006), citado por Mahan; Escott-Stump e Krause (2010), 5 a 7% dos casos de HA ocorrem devido ao uso do álcool. Sendo que três doses por dia em um total de 88,72 ml de álcool já é considerado risco para a elevação da PA estando associado ao aumento de 3 mmHg na PAS.

O consumo de 30 ml de álcool diariamente contribui para a elevação de 2 mmHg da PA (PESSUTO; CARVALHO 1998). Contudo, Mahan e Escott-Stump (2010) relatam

que pequenas quantidades de álcool, menos de duas porções por dia, protegem contra doenças coronarianas, insuficiência cardíaca congestiva e AVC, e ainda, nas mulheres reduz a incidência de HA.

Porém, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) as evidências da correlação entre baixa ingestão de álcool e redução da PA ainda são transitória e necessitam de comprovações.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), o aumento da PA e a mortalidade cardiovascular podem ser provocados pelo consumo de álcool excessivo por períodos prolongados.

Martins e outros (2009) observaram que o consumo de bebidas alcoólicas associou-se independentemente com a HAS, sendo o comportamento diferente entre os sexos. As mulheres que consumiram até 15 g de álcool apresentaram proteção em relação àquelas que não beberam e os homens que beberam mais de 30g de álcool apresentaram mais chance de serem hipertensos em relação àqueles que não beberam.

Souza e outros (2007) verificaram que indivíduos que possuíam hábito de etilismo diário ou semanal apresentaram maior incidência de PA elevada, no qual 62,3% dos indivíduos que relataram consumir bebidas alcoólicas diariamente apresentavam HAS e 47,2% dos que relataram consumir semanalmente.

2.6.7 Obesidade

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007) o aumento de peso é um dos maiores fatores para o desenvolvimento da HA com 20 a 30% do número de pessoas com esta doença, com uma porcentagem maior entre homens HA devido ao aumento de peso comparados com mulheres que apresentam o mesmo.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), existe uma correlação quase linear entre aumento de peso e PA, por isso a importância de se alcançar as metas antropométricas do IMC menor que 25 kg/m² e a CC <102 cm para homens e < que 88 cm para mulheres.

No estudo Diet, Exercise, and Weight Loss Intervention (2002), observou-se que pacientes que tiveram perda de peso em torno de 4,5 kg ao mês apresentaram

efeito sinérgico com a terapia medicamentosa, pois a associação do medicamento mais a perda de peso beneficiaram nos resultados da redução da PA sistêmica (MAHAN; ESCOTT-STUMP; KRAUSE, 2010).

O sucesso do tratamento está diretamente relacionado a mudanças no etilo de vida e da adesão a um plano alimentar saudável, porque mesmo uma pequena perda de peso corporal já mostra resultados na PA em pessoas com sobrepeso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hiperinsulinemia provoca aumentos da atividade do sistema nervoso simpático e da reabsorção tubular de sódio, ações que contribuem para o aumento da PA. Por outro lado, a resistência à insulina compromete o efeito vasodilatador da insulina (BRAUNWALD, 2009).

De acordo com Lopes e outros (2008), a obesidade e HA têm correlação positiva em todas as idades, independentemente de sexo ou raça. Sendo assim, obesos principalmente os que possuem excesso de gordura abdominal, apresentam maior predisposição para o desenvolvimento de HA devido à hiperinsulinemia decorrente da resistência à insulina encontrada em indivíduos obesos (BRAUNWALD, 2009, SOUZA; FRANÇA, 2008).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007) destaca ainda que a obesidade é um fator importante para a HA, e que o ganho de peso e a circunferência da cintura são indicadores de risco para as doenças cardiovasculares, por isso controle do peso necessário para a prevenção destes fatores.

Cipullo e outros (2009) encontraram em seu estudo prevalência de HAS de 55,4% em todos os grupos etários para indivíduos com sobrepeso e obesos. Além disso, a prevalência de HAS aumentou progressivamente de acordo com o aumento da CC em todos os grupos etários.

Assim, com base nestes dados, concluiu-se que o sobrepeso, a obesidade e o aumento da gordura abdominal são fatores de risco reais para o aparecimento da HA.

No estudo realizado por Costa e outros (2007) 58,6% dos indivíduos com obesidade eram hipertensos, 45,6% dos com sobrepeso também obtiveram níveis pressóricos altos, enquanto 27,9% dos com peso normal apresentavam HA. Sendo assim,

concluiu que a obesidade é seguramente um dos principais fatores responsáveis pela HAS.

2.6.8 Estresse

Segundo Lopes e outros (2008), durante situações de estresse, o organismo libera adrenalina. A adrenalina liberada no sistema, por sua vez, pode ser captada da circulação pelas terminações nervosas simpáticas, podendo aumentar a liberação da noradrenalina.

O estresse provoca a elevação da noraepinefrina plasmática sendo sua concentração elevada pode ser um predisponente para HA (LOPES et al., 2008).

Em um estudo transversal realizado em Diamantino – MT com 55 hipertensos cadastrados no Hiperdia, revelou que 56,3% da amostra apresentavam estresse (CASTOLDI et al., 2008).

2.6.9 Sedentarismo

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007), o sedentarismo tem aumentado a incidência de HAS. Em indivíduos sedentários o risco de desenvolver HAS é 30% maior quando comparado com indivíduos praticantes de atividade física. O exercício, principalmente o aeróbio, apresenta efeito hipotensor maior em indivíduos hipertensos que normotensos. Já o exercício resistido possui efeito hipotensor semelhante, porém de menor consistência neste grupo.

A prática de atividade física é fator importante para a redução da PA. Estudos clínicos demonstraram que exercícios aeróbicos promovem reduções da PA, por isso é indicado para a prevenção e tratamento de pacientes com HA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo Zortea e Tartari (2009), acredita-se que o mecanismo pelo qual a atividade física reduz a PA está relacionado à redução de catecolaminas séricas e resistência vascular periférica, contribuindo assim para a redução dos níveis pressóricos.

Battagin e outros (2010) destacam que os benefícios da atividade física estão associados à redução da gordura abdominal ao melhor desempenho na absorção

insulínica e nas anomalias neuro-humorais, diminuindo o risco de doenças cardiovasculares melhorando as funções metabólicas.

A prática regular de atividade física reduz em aproximadamente 30% o risco de desenvolvimento da HAS. Sendo o treinamento aeróbico capaz de reduzir a PA sistólica/diastólica de hipertensos em cerca de 7/5 mmHg, além de diminuir a PA em situações de estresse físico e mental.

Dessa forma, o exercício aeróbico é indicado para a prevenção e tratamento da HAS, sendo indicado para todos adultos que almejam manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida que realizem pelo menos cinco vezes na semana durante trinta minutos diários (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Para um benefício mais específico nos hipertensos, recomenda-se o treinamento aeróbico, pelo menos três vezes por semana, por pelo menos 30 minutos e em intensidade leve a moderada (MEDINA et al., 2010)

No estudo de Costa e outros (2007), apenas 20% dos indivíduos hipertensos estudados relataram realizarem atividade física considerada suficiente para obter benefício para a saúde. Piaty, Felicette e Lopes (2009) em seu estudo, encontraram resultados semelhantes, onde somente 36% dos hipertensos praticavam exercícios físicos.

2.6.10 Ingestão excessiva de sódio e gorduras

O excesso de sódio é o fator patogênico mais importante para a elevação da PA, e os mecanismos pelos quais o excesso de sódio eleva a PA são complexos. Nas fases iniciais ocorre expansão volumétrica e aumento da pré-carga e do débito cardíaco. Posteriormente a HA é mantida por aumentos da resistência vascular periférica (PÓVOA; BOMBIG, 2008).

Estudos mostraram que dietas com baixo teor de sódio promoveu rápida e importante redução da PA, com isso se reforça a necessidade de orientação e de conhecimento dos hipertensos quanto a necessidade de uma dieta balanceada e da redução do sódio nas refeições, sendo que a necessidade diária de sódio para um indivíduo é de 5g de sal, contudo hoje o consumo médio do brasileiro é o dobro do recomendado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

De acordo com alguns estudos, a ingestão de gorduras em indivíduos hipertensos deve ser reduzida, para que seja evitado o aumento das complicações, como doenças coronárias, além disso, o alto consumo de gorduras pode levar a obesidade que, por si só, eleva os valores tensionais (PÓVOA; BOMBIG, 2008).

A ingestão excessiva de sódio contribui para a ocorrência de HA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações que consomem dieta com reduzido conteúdo de sódio apresentam menor prevalência de HA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Piati, Felicette e Lopes (2009), ao analisarem o perfil nutricional de hipertensos, verificaram um elevado consumo de alimentos hiperlipídicos, os quais também apresentam alto teor de sódio, tais como: margarina, frituras e queijos. Castoldi e outros (2008) verificaram em seu trabalho que 94,5% dos hipertensos estudados apresentavam consumo excessivo de sódio.

2.7 CONSEQUÊNCIAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Os problemas relacionados à hipertensão, se não tratada, acabam por dar origem a uma série de outros males ao indivíduo. Esta elevada pressão arterial pode causar danos estruturais em órgãos como o coração, encéfalo, rins e até mesmo levar a alterações metabólicas (MAGRINI; GUE MARTINI, 2012), dentre os quais podem ser citados:

- **Derrames cerebrais:** o risco de um acidente vascular encefálico é em muito potencializado em hipertensos que não mantenham o controle de sua pressão arterial (GUS, 2000);
- **Doenças cardíacas:** consideradas as maiores causas de morbidade e mortalidade atualmente. A HA é reconhecida como o principal fator de risco para a morbidade atualmente. Também listam-se o infarto, insuficiência cardíaca (aumento do coração), angina (dor no peito) (RENNER et al, 2008);
- **Insuficiência renal:** intimamente ligada à hipertensão, em casos extremos pode até mesmo levar à paralisação dos rins (BORTOLOTTI, 2008);

- **Alterações na visão:** que podem levar à cegueira (MAGRINI; GUE MARTINI, 2012).

2.8 DIABETES MELLITUS

Trata-se de um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia. Sendo então o resultado do defeito na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006).

Caracterizada assim pela falta de produção ou utilização inadequada de insulina pelo organismo (COSTA, 2005).

O organismo do indivíduo diabético não produz ou não responde à insulina, um hormônio produzido pelas células Beta no pâncreas que são responsáveis pelo uso ou armazenamento de combustíveis corporais (MAHAN;ESCOTT-STUMP;KRAUSE,2010).

Podendo ser uma doença passada de pai e mãe para os filhos tornando mais propício a hereditariedade quando as duas famílias manifestam de forma genética a doença (COSTA, 2007).

O Diabetes Mellitus (DM) contribui para o aumento considerável nas taxas de morbidade e mortalidade, podendo ser reduzida pelo diagnóstico precoce e tratamento (MAHAN;ESCOTT-STUMP;KRAUSE,2010).

2.9 CLASSIFICAÇÕES DO DIABETE MELLITUS

Embora existam vários conceitos de diabetes, o Comitê Internacional de Especialistas, classificou como um grupo de doenças metabólicas caracterizada por uma hiperglicemia resultante de defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina ou em ambas foi classificada como (GUIMARÃES, 2002)

Pode ser classificada a DM em quatro classes clínicas segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA), sendo: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Existindo ainda duas categorias, referidas como pré-diabetes e a tolerância à glicose diminuída (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Quadro 2 – Classificação da diabetes mellitus

Diagnóstico de Diabetes Mellitus e Homeostase prejudicada da Glicose	
Diagnóstico	Critérios
Diabetes	GJ \geq 126 mg/dL (\geq 7,0 mmol/L) GPC \geq 200 mg/dL (\geq 11,1 mmol/L) mais sintomas GP 2h \geq 200mg/dL (\geq 11,1 mmol/L)
Pré-diabetes Glicemia de jejum prejudicada Intolerância à glicose prejudicada	GP 100-125 mg/dL (5,6-7,0 mmol/L) GP 2h 140-199 mg/dL (7,8-11,0 mmol/L)
Normal	GP <100 mg/dL (<5,6 mmol/L) GP 2h <140 mg/dL (<7,8 mmol/L)

Nota: GJ, glicemia de jejum; GPC glicose plasmática casual; GP 2h, glicose plasmática (medida de duas horas após um teste de tolerância oral à glicose com administração de 75g de glicose).

FONTE:SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, (2007).

2.9.1 Pré-diabetes

Compreende se como o estagio de alteração na homeostase da glicose, que pode se incluir TGD (glicemia de 140-199mg/dL, duas horas após a sobrecarga de glicose) e GJA (glicemia de jejum entre 100 a 125 mg/dL). O risco de doenças cardiovasculares é elevado para indivíduos com pré-diabetes (MAHAN;ESCOTT-STUMP;KRAUSE,2010).

2.9.2 Diabetes Mellitus tipo 1

Caracterizada pela destruição das células B pancreática, no qual se leva à deficiência absoluta de insulina e, conseqüentemente, a hiperglicemia, poliúria (micção excessiva), polidipsia (sede excessiva), perda de peso, desidratação, distúrbio eletrolítico e cetoacidose (MAHAN;ESCOTT-STUMP;KRAUSE,2010).

A DM tipo 1 pode se desenvolver de forma rápida e progressiva, principalmente em crianças e adolescentes, ou em adultos de forma lentamente progressiva (LADA, doença auto-imune latente em adultos). Sendo classificada em muitas vezes como DM tipo 2 pelo seu aparecimento tardio (BRASIL, 2006).

O DM tipo I representa 5-10% de todos os casos diagnosticados de diabetes. Sendo que indivíduos com este tipo de diabetes dependem de insulina exógena para evitar cetoacidose e morte (MAHAN;ESCOTT-STUMP;KRAUSE,2010).

2.9.3 Diabetes Mellitus tipo 2

Estão presente em 90-95% dos casos e caracteriza-se por defeito na ação e na secreção da insulina. Sendo que o sobrepeso e a obesidade são fatores de risco para a manifestação deste tipo de DM e quando há outras condições como infecções podem apresentar cetoacidose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Em particular, a obesidade excessiva intra-abdominal, caracterizada por acúmulo excessivo de gordura visceral ao redor e dentro dos órgãos abdominais, resulta no aumento na resistência à insulina (MAHAN;ESCOTT-STUMP;KRAUSE,2010).

Os indivíduos portadores de DM tipo 2 podem ou não apresentar os sintomas clássicos do diabetes não controlados sendo propensa a desenvolver cetoacidose, esta classificação não precisa de insulina exógena para sobrevivência, apenas cerca de 40% ou mais necessita de insulina exógena para controlar adequadamente a glicemia (MAHAN;ESCOTT-STUMP;KRAUSE,2010).

Estudos comprovam que a prática de exercício físico é uma grande aliada dos portadores de diabetes mellitus tipo II, pois através do exercício físico a sensibilidade à insulina é aumentada assim como a homeostase da glicose (SARTORELLI, 2011).

2.9.4 Diabetes Mellitus Gestacional

Tem como característica sua classificação na gravidez, a diabetes gestacional é a hiperglicemia de intensidade variada, no qual geralmente após o parto desaparece, podendo voltar em alguns casos anos depois sendo o seu diagnóstico controverso. De acordo com a OMS deve se detectar com os mesmos diagnósticos empregados fora da gravidez como índice de diabetes ou tolerância à glicose diminuída (BRASIL, 2006).

Ocorre em 7% de todas as gestações e mulheres já diabéticas antes da gestação não são classificadas como portadoras de DM Gestacional sendo elas diagnosticadas comumente entre segundo e o terceiro trimestre de gestação (MAHAN;ESCOTT-STUMP;KRAUSE,2010).

2.9.5 Outros tipos de Diabetes Mellitus

Esta englobada o diabetes associado a síndromes genéticas específicas (como diabetes juvenil com início na maturidade), cirurgias, fármacos, desnutrição, infecções e outras enfermidades. Podendo apresentar 1-5% de todos os casos diagnosticados de diabetes (MAHAN;ESCOTT-STUMP;KRAUSE,2010).

2.10 FATORES DE RISCO DIABETES MELLITUS

Tem-se observado nas últimas décadas um aumento da prevalência do diabetes em países em desenvolvimento, decorrente ao acelerado processo de transição demográfica e epidemiológica (COELI et al., 2002). Essa prevalência varia entre as diversas regiões do mundo, e dentro da mesma região, sendo nos dias de hoje umas das doenças crônico-degenerativas mais prevalentes da população mundial, com 150 milhões de diabéticos existentes no ano de 2005(ALVARENGA, 2005). Já a prevalência de suspeitos de diabetes no estado do Espírito Santo-Brasil, foi 11,88% (ESPÍRITO SANTO, 2008). Tal crescimento justifica-se pelo aumento crescente da obesidade, do sedentarismo e da maior longevidade.

É importante a triagem em indivíduos mais jovens e com sobrepeso ($IMC >25Kg/M^2$), Sendo os fatores de risco para diabetes, tais como sedentarismo, genética, etnia, diabetes gestacional, hipertensão e mulheres que possui síndrome de ovário policístico (MAHAN;ESCOTT-STUMP;KRAUSE,2010).

O DM é uma doença que requer um tratamento que visa o controle metabólico, a prevenção de complicações agudas e a redução do risco de complicações em longo prazo, obtendo dessa forma, um equilíbrio entre medicamentos, dieta e atividade física (ACCIOLY, 2009).

Sartorelli (2008) relataram que a herança genética também pode ser causadora da doença, mas os fatores ambientais ainda são de grande influência na aquisição desta doença. As doenças cardiocirculatórias são aumentadas em grande proporção em indivíduos portadores de diabetes, sendo os riscos cardiovasculares duas vezes maiores no homem e três vezes maiores nas mulheres.

É necessário ressaltar, que a composição da dieta indicada para portadores de DM assemelha-se a da recomendada para a população em geral, embora apresente pequenas diferenças. Devendo, no entanto, encorajar esses indivíduos a ingerir uma dieta balanceada, que forneça todos os macros e micronutrientes essenciais e em quantidades corretas (LOTTENBERG, 2008).

2.11 CONSEQUÊNCIA DA DIABETES MELLITUS

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2007) os sinais e sintomas que levam ao diagnóstico dessa doença são: intensa sede, vontade de urinar diversas vezes, perda de peso (mesmo sentindo mais fome e comendo mais do que o habitual), fome exagerada, visão embaçada, infecções repetidas na pele ou mucosas, feridas que demoram a cicatrizar e fadiga (cansaço inexplicável), dores nas pernas por causa da má circulação. A mesma ainda diz, que a DM pode ser considerado uma síndrome multifatorial caracterizada pela falta de insulina ou da dificuldade de exercer seus efeitos metabólicos adequadamente.

- **Amputação de membros:** Nos EUA metade das amputações de membros inferiores ocorrem em indivíduos diabéticos devido a complicação da doença (HUMPHREY, et al., 1994).
- **Doenças cardíacas:** O risco de doenças coronarianas e acidentes vasculares cerebrais são de 2 a 4 vezes maior em indivíduos diabéticos, quando são comparados com a população da mesma idade a riscos similares de doenças cardiovasculares por outros fatores (HAFFNER, 1998; MORRISH et al., 2001).
- **Insuficiência renal:** estudos demonstram que grande parte de indivíduos que submeteram a terapia de substituição renal atribuíram primeiramente pelo diabetes (USRDS, 1999), no qual a metade eram portadores da diabetes do tipo II (PERNEGER et al., 1994).
- **Alterações na visão:** A OMS estipula que após 15 anos da doença 2% dos indivíduos acometidos apresentarão a doença (KING, 1998).

2.12 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) foi criado em 1988 sendo regulamentado pelas leis nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, podendo também se chamada de Lei Orgânica da Saúde, e que são favoráveis para as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (CONASS, 2003)

O número da população diagnosticada com HA é de 33 milhões sendo 80% destas pessoas atendidas no sistema único de saúde. O mesmo se caracteriza a diabetes são 7,5 milhões diagnosticados destes 80% também são acompanhados pelo SUS (JARDIM. 2007).

O aumento da população com doenças crônicas não transmissíveis tem elevado o seu custo na saúde e social, devido às complicações que estas doenças não controladas, sendo destacada a hipertensão que apresenta grande morbidade com alto custo envolvido no seu tratamento (SILVA, 2006).

Sendo então criado programas para que tenham um melhor monitoramento dos pacientes crônicos no SUS (FERREIRA et al., 2010).

Segundo Toscano (2004), sendo necessária a mudança de comportamento, com hábitos saudáveis como alimentação e atividade física regular é importante para a realização do programa diminuindo assim a exposição da população a fatores de riscos.

2.13 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

O Brasil vem conquistado grandes avanços no campo da saúde, com uma nova construção do SUS, sendo dos seus principais pilares a descentralização, integralidade, universalidade e a participação popular. Com um modelo que até então eram utilizado por praticas medicas voltada a abordagem biológica e hospitalar, associadas pela utilização de recursos tecnológicos na grande maioria com resultados baixos e com alto custo (SANTOS et al., 2007).

Em 1993 teve inicio a Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo de fato apenas regulamentado no ano de 1994, como uma estratégia do Ministério da Saúde (MS), a fim de alterar a forma de atendimento tradicional de atendimento, estimulando um

novo modelo da assistência primária que é responsável por resolver 85% dos problemas de saúde da população (BESEN, 2007).

Tendo como o seu principal trabalho à promoção da saúde, o ESF almeja a integralidade a assistência da população de forma integrada a família, ao domicílio e à comunidade. Sendo necessária para o sucesso deste trabalho a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade com perspectiva das promoções de ações intersetoriais (CAMPOS, 2005).

Sendo equipes que atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (PASSOS, 2006).

Atualmente uma das principais estratégias de promoção à saúde no Brasil, tendo como uma inversão da lógica, em que tinham como prioridade os tratamentos das doenças em hospitais. Promovendo assim a saúde por ações básicas evitando assim a doença. Com tudo também configurando uma nova concepção de trabalho, em que diferentemente dos modelos biomédicos tradicionais formando um vínculo diferenciado entre membros de uma equipe (RONZANI, 2006).

O ESF tem como importância a valorização da família nas políticas públicas brasileira, sendo a sua inclusão como o foco da atenção básica de saúde das famílias ultrapassando assim o modelo individualizado, focado na doença regatando as múltiplas dimensões da saúde (LACERDA, 2006).

As equipes de Saúde da Família possuem um papel fundamental no desenvolvimento das ações, atuando de forma integrada, na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, com medidas preventivas primárias e atendimento a HAS (COUTO, 2010).

Conforme Gil (2005) obter profissionais aptos para trabalharem neste novo modelo e assim repensar nova prática educativa de promoção à saúde não tem sido uma tarefa fácil.

Sendo estas dificuldades geradas pelos modelos nos quais estes profissionais foram formados: hospitalocêntricos, biologicista, fragmentado. Estas características são decorrentes de um modelo de uma metodologia de ensino verticalizada e não problemática (BESEN, 2007).

Para que o ESF possa atingir todos os seus objetivos e assim efetivamente ser um modelo de assistência à saúde, serão necessários novos profissionais para assumirem uma postura diferente das praticas vigentes no campo de atenção básica (SANTANA, 2001).

Faz-se necessário uma equipe multiprofissional para a organização do trabalho em nível de complementaridade e de especificidade para um melhor atendimento referente à demanda da população sendo necessária a visão de vários profissionais para uma melhor percepção do estudo criando vínculos de responsabilidades e facilitando a identificação dos problemas de saúde da comunidade (ASSIS, 2002).

A ESF apresenta contradições referentes à sua matriz conceitual e sua implementação uma desta se refere ao caráter indisciplinar da proposta, sendo que na sua maioria assistencial encontra apenas uma equipe mínima, constituída por medico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde(CARVALHO, 2005).

Sendo questionada se esta equipe mínima proposta para o ESF poderá em um período de médio prazo avançar na sua integralidade da atenção. E de forma particular a área da alimentação e nutrição, se encontra ausentes na equipe, hoje formada (CARVALHO, 2005).

O profissional nutricionista encontrasse ausente na rede básica de saúde não por uma falha nas suas atribuições descritas na legislação que regula a profissão e nem por falta de habilidade técnica para participar das equipes de saúde dos estados brasileiras. Refere-se a questões históricas na política de saúde (PÁDUA, 2006).

Sendo claramente um no campo de trabalho para este profissional a inclusão do nutricionista ao ESF faz com que a população garanta serviços fundamentais para que possam assegurar uma alimentação saudável e assim prevenir doenças e promovendo uma melhor qualidade de vida e a recuperação da saúde (CARVALHO, 2005).

2.14 HIPERDIA

A prevenção primária é importante para proteger indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e tem impacto por reduzir

ou retardar tanto a necessidade de atenção à saúde quanto à de tratar as complicações das doenças crônicas (FERREIRA et al., 2010)

Com o propósito de reduzir a morbimortalidade associada a doenças cardiovasculares, o ministério da saúde, em 2000, assumiu o compromisso de executar ações em parceria com as Sociedades Científicas de Hipertensão, Cardiologia, Diabetes, Nefrologia, Endocrinologia e Metabologia, além dos estados e municípios, através do Plano de Reorganização da Atenção à HA e DM e assim reorganizar a rede de saúde, com melhorias da atenção aos portadores dessas patologias (BRASIL, 2002).

Neste contexto, muitas ações foram implantadas, sendo uma delas o HIPERDIA, o qual se trata de um sistema informatizado que além de cadastrar e acompanhar os portadores de HAS e/ou DM, permite captar e vincular esses usuários às unidades de saúde ou equipes da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde - SUS, gerando informações para profissionais que atendem a população na área da saúde (BRASIL, 2012a).

O HIPERDIA é um instrumento importante da rede básica de saúde, pois permite um melhor tratamento aos portadores de HAS e DM, bem como avaliar o estado nutricional e presença de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, além de permitir o acompanhamento do recebimento dos medicamentos e em médio prazo definir o perfil epidemiológico da população alvo, promovendo estratégias de saúde pública que levarão a modificação da realidade atual e da qualidade de vida dessas pessoas e a redução dos custos sociais (BRASIL, 2002).

As informações são coletadas a partir do preenchimento da ficha de cadastro do paciente pelos profissionais de saúde da rede básica. Os dados são digitados no programa, possibilitando a obtenção de diversos gráficos e relatórios. Sendo possível verificar o quantitativo de pacientes diagnosticados com HAS, DM, obesos, sedentários, com dislipidemia e/ou com complicações (BRASIL, 2012a).

E tem como objetivo de vincular os usuários portadores desses agravos às unidades de saúde, para garantir o atendimento específico com ações de reorganização dos serviços. (CUNHA, 2009)

Sendo necessário o controle da hipertensão deverão buscar ações que aumente o conhecimento da população proporcionando metas para um melhor resultado a fim de contribuir para a população em geral mais informações para a prevenção do aparecimento dos fatores de risco e, como evitar o aparecimento das doenças cardiovasculares (JARDIM, 2007).

O programa “Aqui Tem Farmácia Popular”, beneficia cerca de 1,3 milhões de brasileiros por mês. Destes, aproximadamente 60% são de pacientes hipertensos e 40% diabéticos. Sendo um programa federal com parcerias com as redes de farmácias e drogarias no qual são beneficiadas através de convênios com o MS(PASSOS, 2006).

Quadro 3 -Medicamentos utilizados pelos usuários do Hiperdia.

Medicamentos	Ação
Hidroclorotiazida	Agem aumentando através da diurese a excreção de sódio.
Propranolol	Inibem a renina e a atividade simpática.
Captopril	Inibidor da enzima conversora da angiotensina II. Engravidar, pela possibilidade de malformações fetais.
Glibenciamida	Secretora de insulina aumenta a secreção de insulina
Metformina	Sensibilizadora de insulina aumenta à sensibilidade a insulina nos tecidos periféricos

Fonte: Guia básico de orientação nutricional para as Equipes de Saúde de Atenção Básica, 2008.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa (busca de solução e resultados dos problemas e objetivos propostos) teve por base um estudo transversal, cuja aplicação e resultados foram obtidos no mesmo período histórico, com um corte de tempo na população estudada, caracterizada como amostragem. Ainda foi realizada de forma descritiva, onde na pesquisa foram empregadas técnicas padronizadas, no caso em estudos técnicas antropométricas, que compuseram a coleta de dados (BORDALO, 2006).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A população estudada foram os hipertensos e/ou diabéticos participantes de um grupo do HIPERDIA da UAPS (Unidade de Atenção Primária à Saúde) de José de Anchieta, localizada no Bairro José de Anchieta, Serra/ES. A amostra foi composta por 22% dos pacientes que possuem Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, que equivale hoje de 220 pacientes, com idade maior que 20 anos e menor que 59.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido que foi elaborado em conformidade com a resolução CNS 196/96.

Os pacientes ficaram cientes de que este trabalho não acarretaria nenhum tipo de risco, não prejudicaria sua saúde, nem seu tratamento, que eles poderiam deixar a pesquisa a qualquer momento, seus dados pessoais não seriam divulgados, e os mesmos não precisariam efetuar nenhum pagamento.

Os referidos documentos serão guardados para eventuais consultas futuras.

3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram critérios estabelecidos para inclusão: está cadastrado em um grupo do Hiperdia da unidade UAPS (Unidade de Atenção Primária à Saúde) do Município de

Serra Espírito Santo; ser adulto de ambos os sexos tendo idade igual há 20 anos e menor que 60 anos; possuir doença crônica não transmissível, sendo ela hipertensão e/ou diabetes; e ter capacidade mental para ser avaliado, pois foram realizadas perguntas que demandaram respostas verbais. Foram excluídos da pesquisa todos aqueles com idade inferior a 20 anos e superior a 60, não hipertensos e/ou diabéticos, e com incapacidade mental para fornecerem respostas verbais.

Depois de selecionados, segundo critérios descritos acima, os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo A). Este Termo é uma exigência da Resolução 196/96, onde é de uso obrigatório em qualquer trabalho ou pesquisa que tenha como parte a utilização de dados e/ou a participação presencial de pessoas, sendo como respeito os princípios da beneficência e justiça com preservação da ética e moral de todos os participantes (BRASIL, 2012b).

Ficou claro, ainda, o direito em solucionar qualquer tipo de dúvida e fornecer informações concretas e confiáveis, de modo honesto e seguro, para que os indivíduos estejam conscientes da decisão tomada, podendo ou não concordar em participar. Somente após a leitura do mesmo e explicação sobre a pesquisa, os participantes assinaram o termo e puderam prosseguir na coleta de dados (CONCONE; CERVENY, 2008).

3.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de visita domiciliar com o acompanhamento do Agente de Saúde da Família (ASF) responsável pela área estabelecida da coleta, por meio de entrevista individual, via preenchimento de formulário específico, sendo utilizado um questionário (anexo B) adaptado de Castro & Car, (1999) e Ávila, PRM, (2009), com questões de conhecimento dos usuários sobre a doença HAS e DM, dados de estilo de vida (tabagismo, álcool e atividade física) bem como condições socioeconômicas (renda, ocupação, quantas pessoas moram na mesma casa e se é alugada ou própria); dados demográficos (gênero, idade) para conhecimento da classe econômica conforme orientação da ABEP (2011).

As variáveis antropométricas peso, altura e circunferência da cintura (cc) foram coletadas durante a visita domiciliar, sendo o peso através de uma balança digital da

marca Galife com capacidade de 150 kg. A aferição do peso seguiu as recomendações de Martins (2008), assim, o participante foi posicionado em pé, no centro da balança, descalço, com roupas leves, sem tocar em nada, com pés juntos, e os braços estendidos ao longo do corpo.

A medida da estatura, também seguiu as orientações de Martins (2008). Para a medida foi utilizada uma fita métrica não flexível, afixada à superfície plana e vertical, como a parede, sendo esta não existia rodapé e o paciente não estando sobre um carpete, pois isso poderia afetar a precisão da medida, os braços posicionados ao longo do corpo, com as palmas das mãos voltadas para a coxa e a cabeça erguida livre de adornos, olhando para frente, em linha reta na altura dos olhos.

Com base nos valores de peso e altura, foi calculado o Índice de Massa Corpórea (IMC) que é o indicador do estado nutricional, de fácil uso e não invasivo.

O IMC foi calculado dividindo-se o valor de peso em kg pela estatura em metro quadrado. Para o diagnóstico do estado nutricional utilizou-se os critérios sugeridos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b) para indivíduos com mais de 20 anos e menor que 60 anos, conforme quadro 2.

Quadro 4: Classificação do estado nutricional de adultos segundo o IMC.

IMC (Kg/m²)	Classificação
<18,5	Baixo Peso
18,5 - 24,9	Adequado ou Eutrófico
25 - 29,9	Sobrepeso
>30	Obesidade

Fonte: BRASIL (2011).

A circunferência da cintura (CC) foi aferida de acordo com as técnicas sugeridas por Martins (2008), utilizando uma fita métrica inelástica, circundando o abdômen do indivíduo, imediatamente acima da crista ilíaca.

O indivíduo foram avaliados em pé, eretos, com os braços ao lado do corpo, os pés juntos e sem qualquer roupa que impedissem o acesso ao abdômen e à cintura e

que pudesse interferir na colação da fita métrica. Esta medida teve como objetivo verificar a obesidade central e identificar o risco de complicações para doenças cardiovasculares.

Os pontos de corte adotados para CC seguiram as recomendações do Ministério da Saúde, de acordo com quadro 4 (BRASIL, 2011b).

Quadro 5: Classificação da circunferência de cintura.

Risco Elevado para doenças cardiovasculares	
Homem	≥ 94 cm
Mulher	≥ 80 cm

Fonte: BRASIL, 2011

O consumo alimentar foi avaliado através da aplicação de um questionário de Frequência Alimentar (QFA). QFA aplicado (anexo C) apresentou uma lista estruturada de alimentos ricos em sódio com várias categorias de frequência de consumo, no qual o avaliado indica quantas vezes ao dia, semana, mês que usualmente ingerem os alimentos.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Após coleta, todas as respostas dos questionários foram tabulados e as análises estatísticas, foram feitas tabelas e gráficos com números absolutos e percentuais para caracterização da amostra com auxílio do Excel 2007 e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

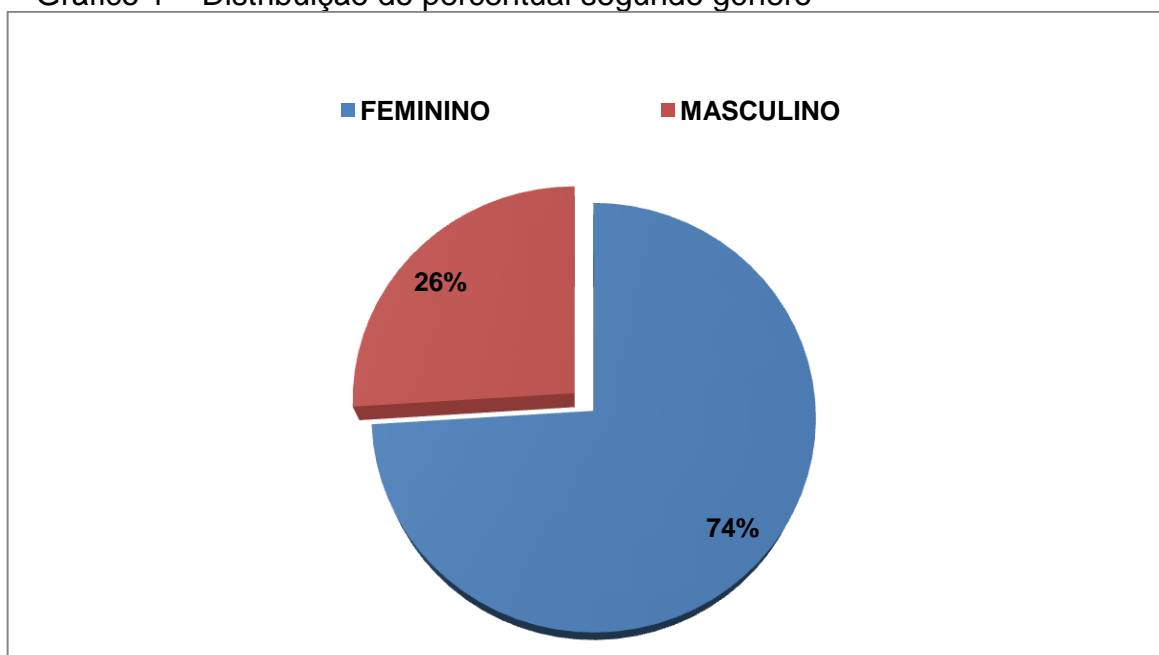
A caracterização da amostra deste estudo foi tomada por gênero, com um total de 50 indivíduos avaliados, todos atendidos pelo Programa Hiperdia, sendo 13 do sexo masculino (26%) e 37 do sexo feminino (74%) (GRAFICO 1).

O maior percentual de mulheres participantes da pesquisa pode ser explicado por dois motivos: porque a prevalência de hipertensão é maior entre as mulheres, ou/e, devido ao fato das mulheres terem uma maior preocupação do seu estado de saúde e por isso participarem com maior frequência de campanhas e ações de cuidado a saúde.

É notório que há uma dificuldade em incluir homens nos programas de saúde, pois há uma resistência cultural, social, um desafio para os profissionais de saúde (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010).

Apesar da prevalência de DCV ser mais frequente entre as mulheres, dados estudos brasileiros referentes à região sudeste mostram uma maior expectativa de vida entre as mulheres (vivem em média 5 anos a mais que os homens), em contrapartida com o aumento da mortalidade masculina, principalmente por causas violentas (PIRES; SILVA, 2001).

Gráfico 1 – Distribuição do percentual segundo gênero



Fonte: Elaboração própria.

No aspecto moradia, de acordo com os resultados a maioria 78% possui casa própria, sendo 14% reside em casa alugada e 8% moram em casa cedida.

Nota-se que a condição de moradia dos participantes é relevante, pois afeta de forma expressiva sua condição de saúde, acarretando complicações no tratamento da patologia em ambos os sexos.

Em relação à variável ocupação, 30% da população estudada são Do Lar, seguindo da profissão de doméstica com 8% e pedreiro com 6%, sendo um estudo com o percentual maior de mulheres justifica o número maior de ocupações realizadas por mulheres (TABELA 1).

Segundo Giroto (2008), as mulheres possuem uma classificação econômica desfavorável, por esta menos inserida ao mercado de trabalho.

Na variável escolaridade, a maioria dos participantes 32% possui o ensino fundamental incompleto, sendo 30% usuários com ensino médio completo e apenas 4% com ensino superior.

Em um estudo realizado na Bahia com um grupo de hipertensos feito por Meira e colaboradores (2006), observou-se que a maioria dos participantes, 61,2% possuía Ensino Fundamental Incompleto, sendo 8,4% possuem Ensino Médio Incompleto e 10,4% Ensino Médio Completo.

No estudo de Jardim e Leal (2009), 80% dos participantes não sabiam ler/escrever ou eram apenas alfabetizados ou possuíam o ensino fundamental incompleto, 18% tinham Ensino Fundamental completo e Ensino Médio incompleto ou completo e apenas 2% possuíam Ensino Superior incompleto ou completo, sendo assim aproximando-se com os resultados do presente estudo.

De acordo com Mousinho e Moura (2008), fatores como escolaridade estão relacionados à ocorrência de complicações da hipertensão, já que indivíduos com nível superior têm prevalência de 40% menor do que aqueles com menos de 10 anos de estudos, pois sua capacidade de compreender o tratamento, as indicações medicamentosas as recomendações quanto às mudanças comportamentais podem estar diretamente relacionadas a este aspecto.

Diante disso, é notória a importância do conhecimento do nível de escolaridade da população estudada para que assim possa contribuir no planejamento das atividades de educação para o seu cuidado integral e de suas famílias e assim garantir uma melhor qualidade de vida (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

Tabela 1: Indicadores Socioeconômicos dos usuários de um grupo do Hiperdia de um bairro do Município de Serra ES.

Variável	N	%
Gênero		
Feminino	37	74
Masculino	13	26
Moradia		
Própria	39	78%
Alugada	7	14%
Cedida	4	8%
Ocupação		
Do Lar	15	30%
Domestica	4	8%
Pedreiro	3	6%
ASG	2	4%
Aux. De Cozinha	2	4%
Costureira	2	4%
Desempregada	2	4%
Servidor Público	2	4%
Outros	18	36%
Escolaridade		
Ensino Fundamental Completo	13	26%
Ensino Fundamental Incompleto	16	32%
Ensino Médio Completo	15	30%
Ensino Médio Incompleto	4	8%
Superior Completo	2	4%
Superior Incompleto	0	0%
TOTAL	50	100%

Fonte: Elaboração própria.

O consumo de bebidas alcoólicas está presente em apenas 6,0% do total da amostra. A maior incidência de usuários de álcool está entre os homens, com 3

indivíduos (23,0%), e diferente em mulheres que não indicaram o uso de bebida alcoólica, mas que do total representa 6% da amostragem.

Para Castillo e outros (2008) se aceita socialmente e se justifica culturalmente o consumo de álcool entre homens, sendo a prática de alcoolização masculina, mais aberta e manifestas, enquanto para mulheres essas práticas são ocultas e moderadas.

Para o uso do fumo, o índice é maior, com 26% dos pesquisados afirmaram que faz uso do cigarro, sendo registrado nenhum consumo entre os homens, e com 35% de consumo entre as mulheres (TABELA 2).

No estudo de Giroto (2008), houve resultados semelhantes ao da pesquisa sendo o número maior de mulheres que fumam com 63,5% e homens com 44,5%. O consumo de bebida alcoólica maior entre homens com 13,2% e 0,8% entre mulheres.

Para Souza e outros (2011), uma das maiores causas de mortalidade cardiovascular é o tabagismo, mesmo sua cessação não reduz a pressão arterial, mas sim o risco de doenças cardiovasculares. E o consumo de álcool está associado ao risco de acidente vascular cerebral uma das complicações mais grave da hipertensão arterial. Portanto a moderação no consumo de álcool e a cessação do tabagismo são recomendações para a prevenção primária e secundária da hipertensão arterial.

Um dos fatores importantes para a qualidade de vida é a prática de atividade física, os resultados deste estudo quanto há realização de uma atividade como caminhada, foram baixas no total em ambos os sexos de 58% não realizavam, sendo este número maior entre as mulheres com 65%.

Em um estudo realizado em Fortaleza no ano de 2008, mostrou um resultado semelhante com 54,3% dos participantes não realizavam atividade física, (RAMOS, 2008).

Também com Giroto (2008), o número de mulheres que não realizavam atividade física foi maior com 75,1%, em um total de 70,4% dos participantes.

O resultado do diagnóstico nutricional observado na tabela 2 apresentou um maior número de participantes com sobrepeso e obesidade, independente do gênero

sendo 48,5% em mulheres e 38,4% em homens, um total de 46% de participantes com obesidade.

A circunferência da cintura também apresentou um valor aumentado para risco elevado com 86% dos participantes, sendo 89,2% entre as mulheres.

No estudo de Rallacosta (2010), do tipo transversal com participantes de Luzerna Santa Catarina 60% eram classificados como sobrepeso e obesidade.

Em Cuiabá no Mato Grosso, os números de sobrepeso eram 36% e 40% obesos com resultados semelhantes ao estudo, (FERREIRA, 2008).

De acordo com Ramos-Dias, Quilici e Senger (2004) a associação obesidade com a HAS, pode ser explicada pelo aumento do débito cardíaco, da volemia e da resistência periférica. A obesidade é responsável ainda pela disfunção endotelial através dos mecanismos que envolvem o aumento da vasoconstrição, redução na vasodilatação auxiliando assim para o surgimento da HAS e doenças cardiovasculares.

Conforme Peixoto e outros (2006), Pitanga e Lessa (2005) a gordura abdominal constitui um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, tais com HAS, mesmo em indivíduos que não apresentam IMC elevado.

A presença dessa gordura eleva a pressão intra-abdominal e intra-renal, devido o acúmulo de gordura que envolve o rim, conseqüentemente reduz o fluxo sanguíneo na medula renal, ativa o sistema renina angiotensina e eleva a reabsorção de sódio (PEIXOTO et al., 2006; PITANGA; LESSA, 2005; RAMOS-DIAS; QUILICI; SENGER, 2004;).

Sarno e Monteiro (2007) relataram em sua pesquisa que não só o acúmulo de gordura abdominal é um fator de risco para HA e sim todo o excesso de gordura dividido por todo o corpo. A associação entre IMC e gordura abdominal são fatores extremos para aquisição de pressão elevada.

Motta e outros (2011) observaram correlação entre IMC e CC através de um estudo feito com 273 indivíduos de ambos os sexos participantes de um projeto de extensão universitária "Mexa-se Pró-Saúde" do município de Botucatu, (SP,) sendo a maioria da amostra mulheres (75,5%), onde 71,8% são classificados como sobrepeso/obeso

e 94,4% apresentam CC elevado. Foi diagnosticado também que os homens apresentaram CC maior do que das mulheres, mas quando comparado a média em valores entre masculino e feminino os de sexo feminino foram muito mais elevado.

O estudo de Salamão (2006) e outros confirmam a prevalência de CC elevada e de igual modo o IMC, os quais observaram a associação significativa entre IMC e obesidade abdominal, sendo que 94% das mulheres obesas apresentavam CC aumentado.

Além disso, é importante ressaltar que o sobrepeso constitui como um dos mais importantes fatores de risco para o surgimento da Síndrome Metabólica, principalmente nos indivíduos que possuem a Circunferência da Cintura aumentada, que apresentam maior prevalência de dislipidemia, DM e HAS, quando comparados a indivíduos eutróficos (JANSSEN; KATZMARZYK; ROSS, 2002).

Tabela 2 – Características relativas a estilo de vida e medidas antropométricas de participantes de um grupo do Hiperdia em um bairro do município de Serra, ES

(continua)

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Consume bebidas alcoólicas?						
Sim	3	23,0	-	-	3	6,0
Não	10	77,0	37	100	47	94,0
Fuma						
Sim	-	-	13	35,0	13	26,0
Não	13	100,0	33	65,0	46	92,0
Pratica caminhada?						
Sim	8	62,0	13	35,0	21	42,0
Não	5	48,0	24	65,0	29	58,0

Tabela 2 – Características relativas a estilo de vida e medidas antropométricas de participantes de um grupo do Hipertensão em um bairro do município de Serra, ES

(conclusão)

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
IMC						
Baixo peso	-	-	-	-	-	-
Adequado/Eutrofia	4	30,8	7	19	11	22
Sobrepeso	4	30,8	12	32,5	16	32
Obesidade	5	38,4	18	48,5	23	46
Circunferência da cintura						
Normal	3	23	4	10,8	7	14
Risco elevado	10	77	33	89,2	43	86

Fonte: Própria.

Foi perguntado aos participantes qual das patologias ele tinha HA e/ou DM. Entre os entrevistados 74% do total tinham somente PA, 22% as duas patologias e 4% só DM (TABELA 3).

Devido à resistência insulínica causada pela hipertensão arterial, o paciente hipertenso pode agravar seu quadro, evoluindo para um diabetes devido ao uso de anti-hipertensivos.

Em um estudo transversal realizado em Pelotas- RS, dos 118 participantes, 98% tinha HA, enquanto 25% tinham DM. Desta forma indivíduos poderiam apresentar as duas patologias concomitantes ou apenas uma das patologias (BENDER, 2010).

Em comparação ao sexo os homens apresentam 76% de HA e as mulheres 72%, quando comparado as duas patologias os homens também apresentam maior porcentagem com 23,1% contra 21% das mulheres. A DM apresentou apenas no sexo feminino com 6% das participantes.

Ramos (2008) apresentou em seu estudo resultados diferentes com 71% de seus participantes do sexo feminino com HA e DM contra 69% do sexo masculino. Dos

participantes que tinham HA somente 13,9% eram do sexo feminino e 11,2% do sexo masculino podendo ser diferente devido ao tamanho da amostragem.

Segundo Gomes, Silva e Santos (2010) a HAS somada a DM e Dislipidemia são importantes fatores de risco que contribuem para complicações cardiovasculares, que são responsáveis por altos índices de morbimortalidade.

Estudos mostram que existem cerca de 600 milhões de hipertensos no mundo. Calcula-se que essa doença causa a morte de 7,1 milhões de pessoas, equivalente a 13% do total de óbitos (TEIXEIRA et al.,2006).

Um estudo realizado em diversos países do continente americano com indivíduos com idade acima de 35 anos mostrou que a HA obteve uma prevalência de 14% e 40%, e no Brasil a prevalência de HAS está entre 22,3% e 43,9%, sendo superior a 50% na faixa etária de 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010a).

Em um estudo epidemiológico realizado na Cidade de Vitória – ES, Mill e outros (2004) encontraram uma prevalência de HA de 38,2% na população de 25 a 65 anos, sendo maior a prevalência no sexo masculino (45,2%) do que no feminino (32,2%). A prevalência de HAS na população de Vitória por faixa etária aumentou linearmente com o aumento da idade para ambos os sexos, sendo da faixa etária de 55 a 64 a prevalência superior a 60%.

Ao questionar se os participantes sabiam o que era HA e/ou DM, 72% relatavam sim saber o que era patologia e 28% não sabia o que era.

Dados do ministério da saúde identificam pacientes com hipertensão e diabetes com gastos de 42,7 milhões de reais para os cofres públicos, sendo o acidente vascular encefálico uma das mais altas complicações relacionadas a patologias podendo indicar o tratamento tardio provocado pela demora no acesso ao diagnóstico e no controle dos níveis pressóricos (GOMES, 2010).

Tabela 3 – Características dos participantes segundo sexo e doença de um grupo do Hipertensão em um bairro do município de Serra, ES

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	N	%	N	%
Apresenta qual doença?						
Pressão Alta	10	76,9	27	72,9	37	74,0
Diabetes e Pressão Alta	3	23,1	8	21,0	11	22
Diabetes	-	-	2	6,1	2	4
Sabe o que é Hipertensão ou Pressão Alta e/ou Diabetes?						
Sim	8	61,5	28	75,6	36	72,0
Não	5	38,5	9	24,5	14	28,0

Fonte: Própria.

Entre os participantes que afirmaram conhecimento sobre a patologia as repostas mais freqüentes sobre o que era hipertensão foram: pressão alta com 30%, é aumento da pressão arterial com 10% e com 4% diziam não saber explicar (TABELA 4).

Como já foi abordado neste trabalho o conhecimento é de total importância para o tratamento da HA e DM.

Países economicamente desenvolvidos têm em sua porcentagem no conhecimento sobre hipertensão de 37% a 68,9% (PEREIRA et al., 2003).

Haja vista que o número de pessoas com o menor nível de escolaridade é que possui o maior nível de Hipertensão neste estudo, a importância dos estudos nos aspectos saúde doença se faz necessário.

Tabela 4– O conhecimento sobre Hipertensão e Diabetes de um grupo do Hiperdia em um bairro do município de Serra, ES

O que é Hipertensão e/ou Diabetes	Frequência	%
Pressão alta	15	30%
Não sabe o que é	14	28%
Aumento da pressão arterial	5	10%
Não sabe explicar	2	4%
Açúcar no sangue excesso de sal na dieta	1	2%
Consumo de sal e gordura em excesso	1	2%
Descontrole da pressão arterial	1	2%
Distúrbio no metabolismo	1	2%
Doença que ataca os órgãos	1	2%
Excesso de sal e açúcar no sangue	1	2%
Pressão alta e o pancreas não funcionam	1	2%
Pressão arterial	1	2%
Pressão arterial acima de 120x80	1	2%
Pressão sanguínea quando recebe muito sal	1	2%
Problema sanguíneo com alteração	1	2%
Quando pressão sobe	1	2%
Taxa de hormônio que aumenta	1	2%
Tomar remédio todos os dias	1	2%
Total	50	100%

Fonte: Própria

Quando questionado se o participante tem o conhecimento sobre o que a HA e/ou DM pode causar ao seu corpo 86% disseram saber o que causa ao seu corpo enquanto 14% disseram não saber (TABELA 5).

Dos participantes que relataram saber sobre o que pode causar ao seu corpo a DM e/ou HA 34% declararam AVC e infarto, 10% dor de cabeça, 6% problema de coração e 28% outras.

Ribeiro e outros (2012) afirmaram que a HA é um mecanismo primordial para desencadear doenças cardiovasculares e renais. Apesar de todos os malefícios que a HA acarreta a dedicação ao tratamento ainda é insatisfatória, pois esta doença crônica não apresenta sintomas expressivos, o que leva o indivíduo a descobri-la quando ela já está danificando o seu sistema endócrino.

Segundo Aguiar (2006), o conhecimento inadequado ou parcial dos riscos referente ao descontrole da HA, pode ser um fator importante a adesão ao tratamento do mesmo.

Tabela 5–Percentual do conhecimento sobre Hipertensão e Diabetes de um grupo do Hiperdia em um bairro do município de Serra, ES

Variável	Frequência	%
Sabe o que a Hipertensão a/ou Diabete pode causar ao seu corpo		
Sim	43	86%
Não	7	14%
Se sim o que?		
AVC e infarto	17	34%
Não sabe o que causa	7	14%
Dor de cabeça	5	10%
Problema de coração	3	6%
Cansaço	2	4%
Cegueira, problemas renais	2	4%
Outros	14	28%
Total	50	100%

Fonte: Própria

Quando perguntado se no momento em que descobriu a HA e/ou DM recebeu alguma orientação sobre a alimentação 56% disseram que sim, e 46% disseram que não havia recebido nenhuma orientação (TABELA 6).

Ao serem questionado sobre quem teria dado estas informações 50% disseram pelo médico, 46% não sabiam informar enquanto 4% relataram ter sido orientado por um nutricionista.

Em um estudo realizado em Ribeirão Preto no ano de 2002, com 29 participantes, destes 27% receberam orientação sobre a alimentação no momento que descobriu a doença diferente do desse estudo, destas recomendações 96% foram feitas por Médico sendo mais da metade dos participantes, os outros 4% não souberam falar quem tinha orientado. Não mencionado o profissional nutricionista em suas resposta(GUIMARÃES, 2002).

Segundo Aguiar (2006) a intervenção nutricional nos programas para o controle das doenças HA e DM tipo 2, busca orientar para o consumo dos alimentos selecionados a sua dieta e assim alcançar o controle do peso desejável, melhorandoos níveis sanguíneos de glicose, e assim prevenindo ou retardando as complicações relacionadas à nutrição.

Quando questionados se utilizam de outro tempero além do sal no preparo dos alimentos, 80% dos entrevistados responderam positivamente. Grande parcela, 46%, respondeu que utilizam temperos artificiais como complemento, 17% utilizam temperos naturais e outros 10% utilizam o sal somente como tipo de tempero.

Em relação sobre a utilização de outros temperos no preparo de alimentos, no estudo de Marcon (2010) um total de 22,0% da amostra relatou utilizar estes produtos, e destes, 45,45% usam sal temperado, 18,18% utiliza cebola, 18,18% usam temperos verdes e 9,09% usam alho e orégano. Sendo que o percentual de sal temperado é mais citado. O mesmo autor concluiu que a dificuldade em reduzir o consumo de sal é dá a falta de conhecimento.

Em um estudo transversal, realizado no Distrito Federal em 2008, também relata um grande número de participantes que utilizam tempero artificial com 54% dos entrevistados (GOMES, 2008).

Múltiplos fatores predispõem o aumento da PA, sendo que a genética é o único fator não modificável, deste modo, indivíduos com antecedente familiares devem ser aconselhados a evitar fatores de risco modificáveis, como: tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, estresse, obesidade e ingestão excessiva de sódio e gorduras ambientais e adotar estilo de vida saudáveis, para evitar e/ou atrasar o

desenvolvimento dessa enfermidade em seu organismo (BRAUNWALD, 2009; MANO; PIERIN, 2005).

O excesso de sal na dieta é um fator de risco para doenças cardiovasculares por elevar os níveis pressóricos, o consumo de sal elevado aumenta o risco de desenvolvimento de hipertrofia ventricular esquerda, além de provocar o aumento da pressão arterial tornando a sensibilidade ao sal associada à mortalidade (PIATI, 2009).

Estudos recentes demonstram que o consumo diário de sal entre os hipertensos é de entre 13 a 17g, contudo 40% a 55% dos que têm um consumo elevado do produto se devem conseqüência da adição deste aos alimentos durante ou após o seu preparo, contribuindo para ingestão além do recomendado de 6g de sal/dia para indivíduos normotensos e 4g de sal/dia para portadores de HAS (CORNELIO et al, 2009).

Estudos têm demonstrado que a redução da ingestão de sal, além de reduzir a PA, traz benefícios no que tange à redução da mortalidade por acidente vascular encefálico e na regressão da hipertrofia ventricular esquerda (SALGADO; CARVALHAES, 2003).

A restrição ao uso do sal pode ainda reduzir a excreção de cálcio na urina, desta forma contribuindo para a prevenção da osteoporose em idosos.

Desta forma, a restrição de sal na dieta é recomendada para toda a população e não apenas para os hipertensos. Os pacientes devem ser orientados a utilizar o mínimo de sal possível no preparo dos alimentos, além de evitar o uso do saleiro à mesa durante as refeições, como forma de controle da ingestão elevada de sal (SALGADO; CARVALHAES, 2003).

Esta prática trará os benefícios acima mencionados, se traduzindo em uma melhora na qualidade de vida dos hipertensos, e não somente na destes, mas de todo indivíduo que fizer um uso mais racional do sal em sua alimentação.

Tabela 6 - Percentual das variáveis relacionadas à alimentação de um grupo do Hiperdia em um bairro do município de Serra, ES

Variável	Frequência	%
No momento em que descobriu ter Hipertensão e/ou Diabetes, recebeu alguma orientação sobre sua alimentação?		
Não	23	46%
Sim	27	54%
De quem?		
Médico	25	50%
Não sabe	23	46%
Nutricionista	2	4%
Utiliza outro tempero no seu alimento sem ser o sal?		
Não	10	20%
Sim	40	80%
Se sim qual?		
Tempero artificial	23	46%
Alho e cebola	16	32%
Não	10	20%
Ervas	1	2%
Total	50	100%

Fonte: Própria

Perguntado se acha a dieta importante no controle da HA e DM, 96% dos entrevistados acreditam que a dieta é um cuidado importante para o controle da hipertensão enquanto 4% não acredita na importância da dieta no controle das doenças HA e DM . (GRAFICO 2).

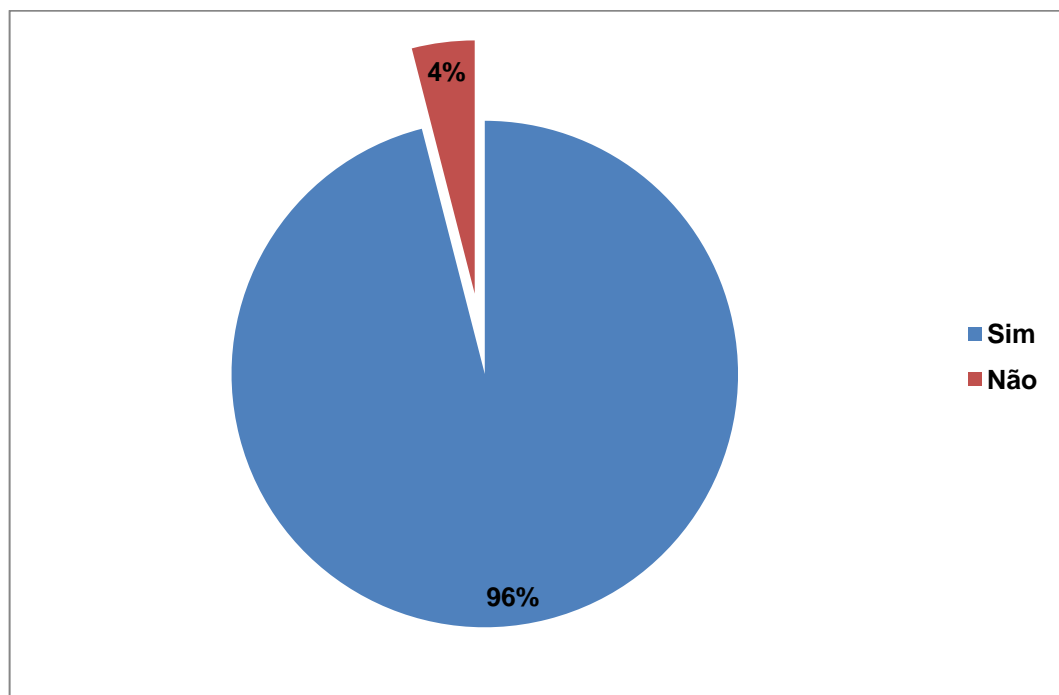
Marcon (2010) em seu estudo com 37 hipertensos e 13 diabéticos participantes do programa Hiperdia da cidade de Criciúma (SC), relatou que 92,3% da amostra acreditam na importância da dieta no controle de HAS E DM, enquanto 7,69% não acreditam.

Pérez, Franco e Santos (2006) destacaram que a alimentação adequada, através de dietas individualizadas é de extrema importância para o controle da glicemia. A

interferência no processo da dieta adequada para pacientes com DM tipo II deve ultrapassar a barreira só da informação e se estender ao aspecto emocional que influenciam no processo de uma alimentação saudável e adesão ao tratamento dietético.

Helena, Nemes e Eluf (2010) constataram que o controle da pressão arterial não é uma tarefa fácil, pois nem todos têm a consciência de que para controlar a pressão, precisam mudar os hábitos de vida em um todo, seja com reeducação alimentar ou exercícios físicos, e essas mudanças no hábito levam a perda de peso e naturalmente o controle da patologia.

Gráfico 2– Distribuição do percentual da importância da dieta no tratamento da DM e HA?



Fonte: Própria

Dentre os 50 participantes do programa 44% não consome alimentos com alto teor de sódio como mostarda, molho de pimenta e tomate, 24% não consome caldo em pó ou em cubo em cubo, 6% consome lingüiça e 10% manteiga, margarina com sal. (Tabela 4).

Em um estudo realizado no Paraná em 2009, os participantes informaram que 53% não faziam o consumo de margarina, sendo 69% de lingüiça e 54% não utilizavam temperos prontos na preparação do alimento (PIATI, 2009).

Piati; Felicetti e Lopes (2009) ressaltam a importância da redução de alimentos com alto teor de sódio na dieta e a ingestão de alimentos como frutas e verduras ricos em potássio para favorecer a redução da hipertensão arterial e assim suas complicações.

Segundo Molina (2003) o alto consumo de sódio pode estar relacionado diretamente ao elevado consumo de alimentos feitos com temperos artificiais e/ou industrializados, o qual é bem consumido pelas classes socioeconômicas menos favorecidas, pelo fato de serem de baixo custo.

O consumo crescente de alimentos industrializados faz com que valores tradicionais voltados à alimentação estejam se distanciando da população, tornando a importante a necessidade do incentivo a promoção da saúde através da alimentação (PÁDUA, 2006).

A utilização de estratégia educativa é fundamental para que os participantes possam compreender a importância da alimentação saudável, através de oficinas ou outras atividades similares. Dando exemplos de práticas saudáveis, prevenindo e/ou controlando doenças assim como outros agravos (SANTOS, 2008).

Segundo Correa e outros (2006), a prática de hábitos de vida saudáveis em todas as pessoas torna-se essencial para a prevenção do desenvolvimento da hipertensão arterial, sendo parte do tratamento da doença, são responsáveis por reduzir a pressão arterial, aumentando a eficácia da terapia medicamentosa diminuindo suas complicações como riscos cardiovasculares.

Sendo de extrema importância o conhecimento sobre a mudança no estilo de vida dos participantes é o conhecimento com a gravidade dos agravos causados em decorrência das complicações das patologias discutidas, pois em muitos casos são assintomáticos, tornando sua prevenção uma motivação para as condutas na adesão ao controle e prevenção da complicação (SANTO, 2008).

Tabela 7–Percentual das variáveis relacionadas à freqüência alimentar referidas de um grupo do Hiperdia em um bairro do município de Serra, ES

Variável	Frequência	%
Mostarda, Molho de Pimenta e Tomate		
1x por dia	1	2%
2 a 3 por dia	0	0%
1x por semana	3	6%
2 a 4x por semana	5	10%
5 a 6x por semana	0	0%
1x por mês	11	22%
2 a 3x por mês	6	12%
Não consome	22	44%
Não sabe informar	2	4%
Caldo em Pó ou em Cubos		
1x por dia	9	18%
2 a 3 por dia	3	6%
1x por semana	3	6%
2 a 4x por semana	14	28%
5 a 6x por semana	1	2%
1x por mês	3	6%
2 a 3x por mês	3	6%
Não consome	12	24%
Não sabe informar	2	4%
Lingüiça		
1x por dia	0	0%
2 a 3 por dia	0	0%
1x por semana	4	8%
2 a 4x por semana	11	22%
5 a 6x por semana	2	4%
1x por mês	15	30%
2 a 3x por mês	11	22%
Não consome	3	6%
Não sabe informar	4	8%
Manteiga, Margarina com Sal		
1x por dia	13	26%
2 a 3 por dia	10	20%
1x por semana	3	6%
2 a 4x por semana	15	30%
5 a 6x por semana	1	2%
1x por mês	2	4%
2 a 3x por mês	1	2%
Não consome	5	10%
Não sabe informar	0	0%
Total	50	100%

Fonte: Própria.

Ao ser questionado se já receberam alguma orientação sobre alimentação para DM e/ ou HA 44% dos participantes disseram não ter recebido nenhuma orientação sobre alimentação, enquanto 56% informaram ter recebido orientação sobre a alimentação 30% foi com médico, 20% com nutricionista e 6% com enfermeiro (GRÁFICO 3).

O cuidado com a saúde torna se uma estratégia fundamental para o enfrentamento dos problemas do processo saúde, doença e o seu cuidado. Sendo sua principal direção a promoção e prevenção, tornando o diagnostico e a detecção precoce das doenças crônicas degenerativas a complexidade do primeiro nível de atenção e que ainda não são considerados como desafios para o sistema de saúde (SANTOS, 2005).

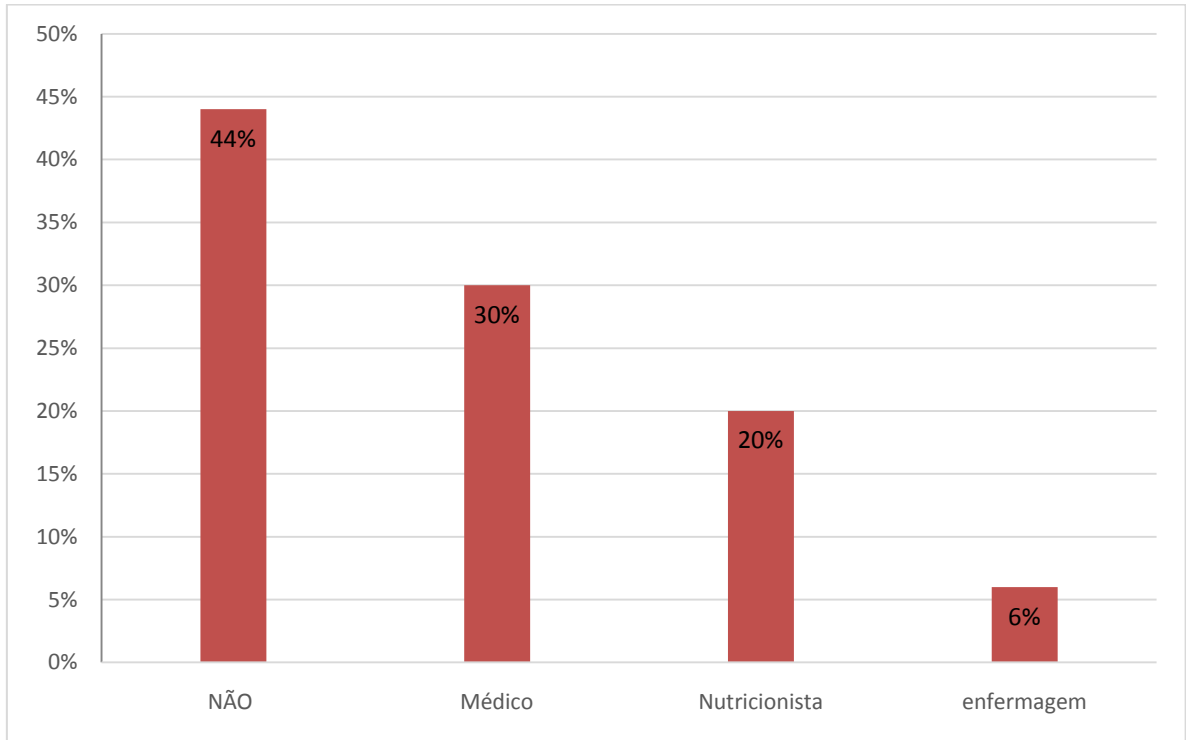
A para a promoção da saúde, torna se importante um trabalho com a presença de uma equipe multidisciplinar com vários profissionais da saúde, garantindo assim a integralidade na assistência (PÁDUA, 2006).

O nutricionista é o profissional qualificado para dar orientação sobre a dieta de Hipertensos e Diabéticos sendo de extrema importância o participante ser orientado por este profissional, no entanto o número de participantes orientados por este profissional é menor que de outro profissional.

Segundo Baggio (2009), é de extrema importância o profissional nutricionista em uma unidade de saúde, para que os usuários tenham um acompanhamento a fim de prevenir doenças crônicas como hipertensão e diabetes e suas complicações garantindo uma qualidade de vida à população, estimulando hábitos saudáveis em sua alimentação.

Destacando que a formação do profissional nutricionista dirija-se a atuação no SUS, esperava-se que estivessem inseridos nele, o que, de fato, não acontece. Sendo sua atuação mais regular em hospitais, tornando sua inserção em Rede Básica de Saúde ainda inicial (PÁDUA, 2006).

Gráfico 3– Distribuição do percentual de quem já recebeu orientação de dieta para Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus, de um grupo do Hiperdia em um bairro do município de Serra, ES.



Fonte: Própria

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme identificado no presente estudo, a maioria da população estudada apresentou-se acima do peso (78,0%) e com excesso de gordura abdominal (86,0%). Estes fatores representam um elevado risco para o surgimento de doenças cardiovasculares, principalmente porque (58,0%) deste total apresentaram um estilo de vida sedentário.

Verificou-se, ainda, que grande parte dos indivíduos relatou que a dieta é um cuidado importante no controle da hipertensão, porém quando questionados sobre o uso de outros temperos além do sal, 46,% dos hipertensos declararam utilizar temperos artificiais. Dessa maneira, pode-se concluir que os hipertensos estudados podem estar fazendo um consumo inadequado de sal devido à falta de conhecimento da quantidade de sódio presente nos alimentos.

Os hipertensos estudados podem estar fazendo um consumo inadequado de sal devido à falta de conhecimento da quantidade de sódio presente nos alimentos em geral, podendo agravar casos de HA, mesmo que estes realizem um controle na adição de sal aos alimentos.

Nessa perspectiva, torna-se necessário um acompanhamento mais efetivo por parte dos profissionais do Hiperdia, com objetivo de reduzir a prevalência de sobrepeso, e redução das complicações cardiovasculares, garantindo aos usuários uma melhor qualidade de vida, por meio de adoção de estilo de vida saudável.

Além disso, é interessante que sejam realizadas orientações quanto às informações nutricionais contidas nos rótulos, já que a grande maioria dos hipertensos não tem conhecimento dessas informações, bem como devem ser realizadas práticas de educação nutricional que favoreçam o controle e redução da PA.

Dentro deste intuito é preciso buscar conhecer as razões efetivas da baixa participação da população masculina, que, desta forma, permitiria traçar um planejamento específico para obter a maior participação deste grupo em específico, reduzindo ainda mais a incidência destas doenças sobre os adultos, garantindo-lhes uma maior qualidade de vida.

As reuniões do Hiperdia são de extrema importância para os usuários, pois, além de informações fundamentais para o seu tratamento, a distribuição da medicação

representa mais uma garantia no seguimento do tratamento. Também, ressalta-se a importante de uma equipe multidisciplinar no qual a presença do nutricionista e educador físico se fazem necessárias para auxiliar no controle e prevenção das doenças cardiovasculares no município de Serra– ES.

Registra-se como dificuldade para este trabalho o levantamento dos dados destes pacientes, no qual a captação junto ao programa, demandando maior tempo de busca, pesquisa e levantamento dos dados através dos mesmos.

Torna-se interessante ferramenta para estudos futuros buscar maior acompanhamento junto aos adultos que ainda não participam do programa Hiperdia, podendo tal prática, ampliar a ação e os resultados do referido programa.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY.E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E.M.A. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria. Cultura Médica**: Guanabara Koogan. 2. Ed. Rio de Janeiro, 2009.

AGUIAR, Odaleia Barbosa; Vera Lucia Rabello de Castro Halfoun; Renata Couto Falcão Gomes. Contribuição da intervenção nutricional no tratamento da hipertensão arterial: experiência de uma equipe interdisciplinar. **Revista Bras. Med. Fam e Com.** Rio de Janeiro, v.1, n° 4, jan / mar 2006. Disponível em: <<http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/31/29>>. Acesso em 23 mai. 2014.

ALBANO, B. R.; BASÍLIO, M. C.; NEVES, J. B. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde. **Revista enfermagem integrada**. Ipatinga, v. 3, n. 2, nov./dez., 2010. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/08-desafios-para-inclusao-dos-homens-em-servicos-primarios-de-saude.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2014.

ALVARENGA, K.F. et al, Potencial Cognitivo P300 em Indivíduos com Diabetes Mellitus. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.71, n.2, p.202-207, marc./abr.2005. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992005000200014>. Acesso em: 11 set. 2013.

ASSIS, Ana Marlúcia Oliveira. et al. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.15 n. 3 p. 255-266, set./dez.2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v15n3/a01v15n3.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2014.

BARROSO, W.K.S. et al. Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob o tratamento não-farmacológico. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.54, n.4, 2008. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/ramb/v54n4/17.pdf>>. Acesso em: 29 de ago. 2013.

BATTAGIN, A. M et al. Resposta Pressórica após Exercício Resistido de Diferentes Segmentos Corporais em Hipertensos. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, vol.95, n.3, p. 405-411. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop11310.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2014.

BESEN, CandiceBoppré et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**, vol.16, n.1, São Paulo Jan./Apr. 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/06.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2013.

BENDER, Eliana. **Perfil nutricional do grupo de hiperdia da unidade básica de saúde do bairro dunas, Pelotas-RS.**(Graduando em Nutrição)-Faculdade de Nutrição-UFPel. 2010. Disponível em:<http://www2.ufpel.edu.br/cic/2010/cd/pdf/CS/CS_01107.pdf>. Acessoem: 12 mai. 2014.

BONALUME, E.R.C; ABREU,V.D; FRAZÃO, Z.S. Comparasion of blood pressure levels of hypertensive patients submitted to a protocol of conduct and other without guidance. **Conscientia e Saúde**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 225-238, jun. 2009.

Disponível em

:<http://www.uninove.br/PDFs/Publicacoes/conscientiae_saude/csaude_v8n2/conscientiaesaudev8n2.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2013.

BORDALO, A.A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v.20, n.4, dez.2006. Disponível

em:<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S010159072006000400001&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 nov. 2013.

BORTOLOTTTO, Luiz A. Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 15, p. 152-155. 2008. Disponível em

<<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-3/09-hipertensao.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus**. Brasília, 2002. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. **Cadernos de Atenção Básica** n. 16. 2006.

Disponível

em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf>. Acesso em 10 Set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação básica do SUS**, Pacto pela Saúde. 2006.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.htm>. Acesso em: 10 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças Crônicas**, Brasília, 2011a. Disponível em:

<<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em 02 set. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN:

Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de Saúde. Brasília, 2011b. Disponível em:

<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf>. Acesso em: 12 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa**. Resolução n 196/96 versão 2012b. Brasília. 2012.

Disponível em

:<http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolocoos/23_out_ver_sao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 08 de mai. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. 2012a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/342/acoes-e-programas.html>>. Acesso em: 10 set. 2012.

BRAUNWALD, E. et al - **Tratado de Doenças Cardiovasculares**. Rio de Janeiro: Elsevier/Medicina Nacionais, Vol.2, 8ª Ed., p. 754-756. 2009.

CARVALHO, Adriana Machado Maestri. **A inserção do profissional nutricionista no Sistema Único de Saúde: reflexões a partir da experiência de um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS**. 2005. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, São Paulo, 2005. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=427403&indexSearch=ID>> Acesso em: 12 set. 2013.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Os princípios da medicina de família e comunidade. **Revista APS**, v.8, n.2, p. 181-190, jul./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/principios.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2013.

CASTILLO, B. A. A. et al. Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 16, n. (especial), p. 509-15, mai./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/pt_02.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2013.

CASTOLDI, E. B. et al. A prevalência de fatores de risco em hipertensos de uma unidade de saúde de Diamantino-MT. **Revista Mato-grossense de Enfermagem**, Mato grosso, vol. 1, n. 1, p. 57-62, jun./jul. 2010. Disponível em: <<http://www.portaldeperiodicos.uned.edu.br/index.php/REMENFE/article/viewFile/418/297>>. Acesso em: 31 out. 2013.

CHAZAN, Ana Cláudia; PEREZ Edson Aguilar. Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (hiperdia) nos municípios do estado do rio de janeiro. **Rev. APS, Rio de Janeiro**. v. 11, n. 1, p. 10-16, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/010-016.pdf>>. Acesso em 01 set. 2013.

CIPULLO, J. P. et al. Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma População Urbana Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 94, n. 4, p. 519-526, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n4/aop00810.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2013

CONASS. **Legislação do SUS**. Brasília, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf. Acesso em: 13 out. 2013.

COELI, C.M. et al, Mortalidade em Idosos por Diabetes Mellitus como Causa Básica e Associada. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.36, n.2, p. 135-140, abr., 2002. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000200003>. Acesso em: 30 de out. 2013.

CONCONE, M.M.H.V.B.; CERVENY, C.M.O. Research and the (friend) informed consent. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, mar/apr. 2008. Disponível em: <http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200009>. Acesso em: 05 de mai. de 2014.

CORREA, Thiago Domingos et al. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Arq Med ABC**. v.31, n.2, p.91-101. 2005. Disponível em: <<http://www.sausedireta.com.br/docsupload/134020117631amabc91.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2014.

CORNELIO, M. E. et al. Desenvolvimento e confiabilidade de instrumento para mensuração dos fatores psicossociais determinantes do consumo de sal entre hipertensos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 701-707, out., 2009.

COSTA, Eronita de Aquino. **Manual de fisiopatologia e nutrição**. Petropolis, RJ, Ed vozes, 2005.

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. **Revista Arq. Bras. Cardiol**. vol.88 no. 1 São Paulo Jan. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2007000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 de out. 2013.

COUTO, A. M. **Adesão dos diabéticos ao tratamento não medicamentoso: Um desafio para o PSF de Bom Despacho - MG**. 2010. 84 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais. 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Adesao_dos_diabeticos_s_ao_tratamento_ao_nao_medicamentoso__um_desafio_para_o_PSF_Rosario_de_Bom_Despacho___MG/70>. Acesso em: 30 out. 2013.

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca; Roberta de Lima. Etnia Negra: Um estudo sobre a hipertensão arterial essencial (HAE) e os fatores de risco cardiovasculares. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 7, n. 1, p. 35-44, 1999. Disponível em: <www.uff.br/nepae/siteantigo/detecnegro.doc>. Acesso em: 15 set. 2013.

CUNHA, Cláudia Winck. **Dificuldade no controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes melitus na atenção básica de saúde através do Hiperdia - Plano de reorganização da atenção**. Porto Alegre. RS, 2009. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/17937>>. Acesso em: 05 nov. 2013.

CUPPARI, L. **Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto**. 2ed. Manole: Barueri São Paulo, 2005.

DIRETRIZES. Sociedade Brasileira de Diabetes 2006. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2013.

DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti; HotoneDallacosta; Alessandra DarosNunes. 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. Disponível em: <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/viewFile/125/pdf_3>. Acesso em: 08 mai. 2014.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria do Estado de Saúde do Espírito Santo (SESA). **Diretrizes para Manuseio da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Rede de saúde Pública**. 1. ed. Vitória, 2008. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/34698_HIPERTENSO_DIABETES_MIOL O.pdf>. Acesso em: 18 out. 2013.

FERREIRA, C. C. C. et al . Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 5, p. 621-628, out. 2010. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2010/AOP/aop13710_port.pdf>. Acessado em: 15 de nov. 2013.

FERREIRA, Celma Lúcia Rocha Alves; Márcia Gonçalves Ferreira. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. **ArqBrasEndocrinol Metab**.v.53, n.1.2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302009000100012&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 mai. 2014.

GARCIA, Rosa Wanda Diez. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.16 n.4, p. 483-492, out./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v16n4/a11v16n4.pdf>>. Acesso em: 15 de nov. 2013.

GIROTTTO, Edmarlon. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da família**, Londrina, PR. (Pós-Graduação em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Londrina, Paraná. 2008. Disponível em: <<http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/96.pdf>>. Acesso em: 02 mai. 2014.

GOMES, J.G; SEYFFARTH, A.S; NASCIMENTO, M.A.B. Adequação da dieta de hipertensos em relação à Abordagem Dietética para Hipertensão Arterial. **Revista Com. Ciências Saúde**. 2008; v.19 n.2 p.137-144 Brasília, jun. 2008. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19_2art06adequacao.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2013

GOMES, Marília de Brito et al . Prevalência de sobrepeso e obesidade em pacientes com diabetes mellitus do tipo 2 no Brasil: estudo multicêntrico nacional. **Arq.Bras.Endocrino.Metab**, São Paulo, v. 50, n. 1, Fev. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302006000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2013.

GOMES, T. J. O.; SILVA, M. V. R.; SANTOS, A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira Hipertensão**, v. 17, n. 3, p. 132-139, 2010. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/03-controle.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2013.

GUIMARÃES, F. P. de Mattos; Angela M. M. Takayanagui. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Nutr., Campinas**, v. 15, n.1, p.37-44, jan./abr., 2002. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732002000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 mai. 2014.

GUS, Miguel. Hipertensão arterial que acompanha o acidente vascular encefálico deve ser tratada?.**Revista Brasileira de Hipertensão**, n. 4, p. 361-365. 2000. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/7-4/010.pdf>>. Acesso em 27 set. 2013.

HAFFNER, S.M et al., Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in non diabetic subjects with and without prior myocardial infarction. **The New England Journal of Medicine**, v.339, n. 4, p.229-234.1998. Disponível em:<<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199807233390404>>. Acesso em 13 out. 2013.

HUMPHREY LL et al. A contribuição da diabetes não insulino dependente à amputação das extremidades inferiores na comunidade. **Revista Archives of Internacional Medicine** n. 154 p. 885-892. 1994. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000132&pid=S1413-8123200400040001000018&lng=pt>. Acesso em 17 out. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD. Um Panorama da Saúde no Brasil** - Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf>. Acesso em: 15 out. 2013.

JANSSEN, I.; KATZMARZK, P. T.; ROSS, R. **Body Mass Index, Waist Circumference, and Health Risk: Evidence in Support of Current National Institutes of Health Guidelines**. *Arch. Intern. Med.*, v. 162, n. 18, p. 2074-2079, out., 2002.

JARDIM E COLS:Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira.**Revista Arq. Bras. Cardiologia** 2007, vol.88, n.4, p. 452-457. Disponível em :< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2007000400015&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em 17 set. 2013.

KING H, Aubert RE & Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. **Revista Diabetes** v.21, n.9, set.

1998. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/21/9/1414.full.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2013.

LACERDA, Maria Ribeiro et al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Rev. Saúde e Sociedade** v.15, n.2, p.88-95, maio-agosto 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/09.pdf>. Acesso em: 07 set. 2013.

LOPES, H. Fet al. Ativação dos Sistemas Adrenérgico, renina-angiotensinaaldosterona, endotelina e adrenomedulina na Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista da Sociedade de Cardiologia**, São Paulo, vol. 18, n.2, p. 102-107, abr./jun., 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=497437&indexSearch=ID>>. Acesso em: 07 set. 2013

LOTTENBERG, Ana Maria Pita. Características da Dieta nas Diferentes Fases da Evolução do Diabetes Melito Tipo 1. **Rev. Arq.Bras.Endocrinol.Metab.** 2008, vol.52, n.2, p. 250-259. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n2/12.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2013.

MAGDALENO, JR. R.; CHAIM, E. A.; TURATO, E. R. Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2013.

MAGRINI, D. W.; GUE MARTINI, J. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. **Revista eletrônica trimestral de enfermagem**. Nº 26. Abr. 2012, p. 3654-3663. Disponível em <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/pt_revision5.pdf>. Acesso em: 27 out. 2013.

MAHAN L. K.; ESCOTT-STUMP, S. KRAUSE. Alimentos, nutrição e dietoterapia. 12. ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2010.

MANO, G. M. P.; PIERIN, A. M. G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 269-275, jul./Set., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300007>. Acesso em: 06 mai. 2014.

MARCON, R. B. **Avaliação do Estado Nutricional de Usuários Participantes do Hiperdia de uma ESF**. 2010. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Nutrição) – Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/bitstream/handle/1/156/Rafaella%20Brero%20Marcon.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 27 out.2013.

MARTINS, C.. **Avaliação do estado nutricional e diagnóstico**. Vol. 1, Editora e Comércio de Livros Ltda, 2008, p. 201-232.

MARTINS, et al. Consumo Alimentar, Pressão Arterial e Controle Metabólico em Idosos Diabéticos Hipertensos. **Revista Bras. Cardiol.** maio/junho 2010 ,v.23 n.3 p.162-170. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2010_03/a2010_v23_n03_02MMartins.pdf>. Acesso em set. 2013.

MEDINA, F. L et al. Atividade física: impacto sobre a pressão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, vol. 17, n. 2, p. 103-106, 2010. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-2/10-atividade.pdf>>. Acesso em 15 nov. 2012.

MELO, Thamara Rodrigues et al. Avaliação dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em usuários do programa hiperdia. **Rev. Biologia e Farmacia**. v.07, n 1. 2012. Disponível em: <http://sites.uepb.edu.br/biofar/download/v7n1-2012/avaliacao_dos_fatores_de_risco_para_doen%C3%A7as_cronicas_nao_transmissiveis_em_usuarios_do_programa_hiperdia_correcoes.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2014.

MIRANDA, R. D. et al. Hipertensão no idoso – visão atual. **Revista da Sociedade de Cardiologia**, São Paulo, vol, 18, n. 2, p 141-148, 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=497442&indexSearch=ID>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

MILL, J. G et al. Epidemiologia da hipertensão arterial na cidade de Vitória, Espírito Santo. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, vol. 7, n. 3, p. 109-116, 2004. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/revistas/2004_N3_V7/Revista3Hipertensao2004.pdf>. Acesso em 21 mar. 2013.

MIRANZI et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e Hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez. v.17, n.4, p. 672-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>> acesso em 30 de ago. 2013.

MOLINA, M.C.B et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.6, São Paulo dez. 2003 <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18017.pdf>>. Acesso em 30 ago. 2013.

MOTA, João Felipe et al . Indicadores antropométricos como marcadores de risco para anormalidades metabólicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3901-3908, Sept. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000026&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 28 mai. 2014.

MORRISH, NJ et al. Mortality and causes of death in the WHO Multinational study of vascular disease in diabetes. **DiabetologiaSuppl.** v.44, n2, p.14-21, set. 2001. Disponível em:<<http://link.springer.com/article/10.1007/PL00002934#page-2>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

NOBRE, Fernando. IV Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Rev. Bras. Hipertensão**, vol.17, n.1, p.4. 2010. Disponível em:<<http://pt.slideshare.net/foxqueens/vi-diretrizes-brashipertensrdha6485>>. Acesso em: 07 set. 2013

PÁDUA, Joyce Guilhermino; Maria Cristina Faber Boog. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. **Rev. Nutr., Campinas**, v.19 n4 p.413-424, jul./ago. 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n4/a01v19n4.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

PAIVA, Daniela Cristina Profitti; Ana Aparecida Sanches Bersusa; Maria Mercedes L. Escuder. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22 n.2 p.377-385, fev, 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000200015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 nov. 2013.

PALLOS, Daniela Vieira. **Estado nutricional e consumo alimentar de indivíduos de diferentes áreas socioeconômicas de Ribeirão Preto: comparação entre 1991/93 e 2001/03. 2006.** Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em :<file:///C:/Users/Dudu/Downloads/MESTRADO-DANIELA_V_PALLOS.pdf>. Acesso em: 02 de abr. 2014.

PASSOS, Valeria Maria de Azeredo et al. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Rev.Epidemiologia Serv. Saúde**, vol.15 n.1, Brasília Mar. 2006. Disponível em:<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000100003&lng=en> Acesso em 30 ago. 2013.

PEREIRA, A. C.; KRIEGER, J. E. Hipertensão Arterial – dos fatores de risco clássicos ao perfil de risco individualizado: quais são os caminhos?.**Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, vol. 8, n. 4, p.131-137, 2005. Disponível em: < www.sbh.org.br/revistas/2005_N4_V8/revista1Hipertensao2005.pdf>. Acesso em 05 set. 2013.

PEREIRA, Marcia Regina et al. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. :2363-2374, out. 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/11.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2014.

PÉRES, Denise S; Jocelí Mara Magna; Luis Atílio Viana. Portador de hipertensão arterial: atitudes,

crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev Saúde Pública**. V. 37, n. 5, p.635-42. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000500014>. Acesso em: 03 mai. 2014.

PERES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M A. dos. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, abr. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000200018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2013.

PERNEGER TV, BrancatiFL,Whelton PK &Klag MJ. End-stage renal disease attributable to diabetes mellitus.**RevistaAnnalsofInternal Medicine**; v.121 n.12 p. 912-918, 1994. Disponível em: <<http://annals.org/article.aspx?articleid=708264>>.Acesso em: 13 de set. 2013.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E.C. de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. Revista **latino america de enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 6, n. 1, p. 33-39, jan., 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2013.

PIATI, J.; FELICETTE, C. R.; LOPES, A. C. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. **Revista Brasileira de Hipertensão**, vol 16, n. 2, p. 123-129, 2009. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-2/14-perfil.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2013.

PIRES Z. R. S, SILVA, M. J. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 3, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/717>>. Acesso em: 23 mai. 2014.

PITANGA, C. P. S. et al . Atividade física como fator de proteção para comorbidades cardiovasculares em mulheres obesas.**Rev. bras. Cineantropometria e Desempenho humano**., Florianópolis , v. 12, n. 5, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-00372010000500003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 nov. 2013.

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**, São Paulo, v. 85, n. 1, p. 26-31, jul., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2005001400006&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 fev. 2014.

PÓVOA, R.; BOMBIG, M. T. N. Hipertensão Secundária – Origem renal e endócrina: diagnóstico e tratamento. **Revista da Sociedade de Cardiologia**, São Paulo, vol. 18, n. 2, p. 122-134, abr./jun., 2008. Disponível em: <http://200.220.14.51/revistasocesp/edicoes/volume18/v18_n02_tx04.asp>. Acesso em: 07 abr. 2013.

RAMOS, A. L. S. L. **Prevalência de Fatores de Risco Cardiovasculares e Adesão ao Tratamento em Pacientes Cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) em Unidade de Referência de Fortaleza, Ceará, 2002-2005.** 2008. 89f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Fortaleza, 2008. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5472/2/1065.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2013.

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. Disponível em <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/11-4/Vol4.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2013.

RENNER, Suélen B. A. et al. Associação da hipertensão arterial com fatores de riscos cardiovasculares em hipertensos de Ijuí, RS. RBAC, vol. 40, p. 261-266.2008. Disponível em <http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_40_04/04.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2013.

RIBEIRO, et al. Análise vetorial de bioimpedância e estado nutricional de idosas de acordo com o índice de massa corporal. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, São Paulo, v.13, n.6, 2011. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/rbcdh/v13n6/a02v13n6.pdf>>. Acesso em: 25 out.2013.

RIBEIRO, A. G. et al . Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 25, n. 2, abr. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2013.

RINALDI, Ana Elisa M. et al. Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil. **Rev. Paul. Pediatr.** São Paulo, v.26, n.3, p271-277, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822008000300012&lng=em&nrm=isso>. Acesso em 03 abr.2014.

RONZANI, Telmo Mota; Marisa Cosenza Rodrigues. O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. **Rev. Psicologia: Ciência e Profissão**, v.26 n.1 Brasília 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000100012>. Acesso em: 03 abr. 2014.

S.T.PHILIPPI et al. Pirâmide Alimentar adaptada: Guia para escolha dos alimentos. **Rev. Nutr., Campinas**, v.12, n.1, p.65-80, jan./abr., 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v12n1/v12n1a06>>. Acesso em: 14 set. 2013.

SALGADO, C. N.; CARVALHAES, J. T. A. Hipertensão arterial na infância. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 79, supl. 1, p. 115-124, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572003000700013&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 mai. 2014.

SALOMÃO, Nathália C et al. Influência da idade e IMC na circunferência da cintura elevada em mulheres em idade fértil no sul do Brasil – PNDS 2006. **XI ENPOS, I Mostra Científica**. Disponível em:

<http://www.ufpel.edu.br/cic/2009/cd/pdf/CS/CS_00712.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2014.

SANTANA, Milena Lopes; Maria Isabel Carmagnani. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Rev. Saúde e Sociedade** v. 10 n. 1 p.33-53, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04.pdf>> . Acesso em: 03 abr.2014.

SANTOS, M. R. D. R. et al . Caracterização nutricional de idosos com hipertensão arterial em Teresina, PI.**Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 73-86, 2007. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2013

SANTOS, L. R. da C.; RABINOVICH, E. P. Situações familiares na obesidade exógena infantil do filho único. **Rev.Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 2, jun., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acessos em: 17 de mai. 2013.

SANTOS, Ligia Amparo da Silva. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Rev. Nutr., Campinas**, v.18, n.5, p.681-692, set./out., 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rn/v18n5/a11v18n5.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2014.

SANTOS , Zélia Maria de Sousa Araújo; Helder de Pádua Lima. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, V. 17, n.1. p. 90-7. Jan-Mar. 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 06 mai. 2014.

SARNO, F.; MONTEIRO, C. A.. Importância relativa do Índice de Massa Corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, n. 5, out. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2013.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J.; CARDOSO, M. A.. Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática.**Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, jan. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2013.

SERRA. **Guia Saúde da Serra**. 2012. Disponível em: <http://www.serra.es.gov.br/sesa/guia_da_saude>. Acesso em: 13 nov. 2013.

SILVA, C. B et al. **A importância das mudanças no estilo de vida após o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. Governador Valadares.** 2009. 52f. Monografia (Bacharel em Enfermagem) -Área de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2009. Disponível em:

<http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Aimportanciadasmudancasnoestilodevidaaposodiagnosticodehipertensaoarterialsistemicarevisaobibliografica.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2013.

SILVA, Terezinha Rodrigues. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde, São Paulo, **Rev. Saúde e Sociedade** v.15, n.3, p.180-189, set-dez 2006 disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/15.pdf> . Acesso em: 15 nov. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, vol.95, n.1, suplemento 1, p. 1-51, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes;** 2007. Disponível em:

http://www.anad.org.br/profissionais/images/diretrizes_SBD_2007.pdf. Acesso em: 15 nov. 2013.

SOUZA, Elton Bicalho de. **Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. Cadernos UNIFOA, Volta Redonda**, vol.13, ago. 2010. Disponível em:

<http://www.foa.org/cadernos/edicao/13/49.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2014.

SOUZA, C. L.; VIANA, E. População hipertensa de Criciúma. **Revista de Pesquisa e Extensão em Saúde**, vol. 3, n. 1, p. 1-14, 2007. Disponível em:

<http://periodicos.unesc.net/index.php/saude/article/viewArticle/9>. Acesso em: 31 out. 2013.

SOUZA, J. A.; FRANÇA, I. S. X. Prevalência de Hipertensão Arterial em pessoas com mobilidade física prejudicada: implicações para a enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 816-821, Nov./dez., 2008.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000600004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 Nov. 2013.

SOUZA, A. R. A. et al. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, vol. 88, n. 4, p. 441-446, 2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 out. 2013.

TADDEI, C. F. G. et al. Estudo multicêntrico de idosos atendidos em ambulatórios de cardiologia e geriatria de instituições brasileiras. **Arquivo Brasileiro de**

Cardiologia, São Paulo, v. 69, n. 5, Nov., 1997 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1997001100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 outubro 2013.

TEXEIRA, E. R et al. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. Escola Anna Nery, **Revista de Enfermagem**, vol. 10, n. 3, p 378-384, dez., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a04.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2013.

TOSCANO, Cristiana M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol.9 n.4 p. 885-895. Rio de Janeiro Out./Dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a10v9n4.pdf>> Acesso em: 13 nov. 2013.

United States Renal Data System. **Executive Summary of United States Renal Data System**, 1994-1999. 1999. Disponível em <www.usrds.org>. Acesso em: 13 dez. 1999.

VARASCHIM, M. et al . Alterações dos parâmetros clínicos e laboratoriais em pacientes obesos com diabetes melito tipo 2 submetidos à derivação gastro jejunal em y de Roux sem anel. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 3, jun. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912012000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2013.

ZORTEA, K. e TARTARI, F. R. Hipertensão Arterial e Atividade Física. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, vol. 93, n. 3, p. 446-447, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/abc/v93n4/20.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Trad. De Souza Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde**, 2005, p.60. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf> Acesso em 13 nov.2013.

ANEXO A
FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO
NUTRIÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa perfil nutricional de pacientes diabéticos e hipertensos participantes do Hiperdia na cidade da Serra - ES caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do

Pesquisador (a), podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

Título da pesquisa: Perfil Nutricional de pacientes Diabéticos e Hipertensos participantes do Hiperdia no Município da Serra - E.S

Pesquisadoras: Sirlene Ferreira Lobato

Endereço: Jose de Anchieta – /Rua Peroba do Campo, S/N Serra - E.S

Telefone: (27) 97747029 / (27) 97565043

Orientadora: Paula Regina

Telefone: (27) 3331 - 8500

Objetivos: Avaliar estado nutricional de hipertensos e diabéticos cadastrados no Hiperdiade uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Serra - ES. Avaliar o consumo alimentar de alimentos ricos em sódio; identificar o conhecimento dos participantes sobre os cuidados com sua alimentação.

Procedimentos do estudo: Será realizada uma avaliação do conhecimento do grupo de Hiperdia sobre as doenças Hipertensão e Diabetes e os cuidados com sua alimentação através de questionário.

Serão feitas orientações sobre alimentação saudável, identificando os malefícios para a saúde proveniente de uma alimentação inadequada.

Riscos e desconfortos: Não oferece riscos o que pode ocorrer é um possível desconforto na hora de preencher o questionário, pois a entrevista será realizada individualmente.

Benefícios: Com o resultado da pesquisa, trará benefícios junto ao atendimento da população estudada.

Custo/reembolso para o participante: Não haverá nenhum gasto com sua participação na avaliação serão totalmente gratuitos, não recebendo nenhuma cobrança com o que será realizado. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação.

Liberdade de retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento/tratamento usual.

Confidencialidade da pesquisa: Os dados coletados serão utilizados de forma global assegurando a privacidade de cada indivíduo.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pelo pesquisadoras dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

LOCAL E DATA:

NOME E ASSINATURA DO SUJEITO OU RESPONSÁVEL (menor de 21 anos):

(Nome por extenso)

(Assinatura)

ANEXOS B

Caracterização dos entrevistados

Sexo: _____ **Grupo:** _____

Idade: _____ **Data de nascimento:** ___/___/___

Escolaridade Quantos anos estudou?: _____

Ocupação: _____

Peso: _____ **Altura:** _____

Qual a renda familiar? _____ **Qual a sua renda?** _____ **salários mínimos.**

Quantas pessoas moram na casa? _____

A Casa é Casa própria () Alugada () Financiada () Cedida ()

Dados específicos da pesquisa:

1. Qual destas doenças o Sr(a) possui?

() Diabetes () Pressão alta () Diabetes e Pressão Alta

2. O Sr (a) sabe o que é hipertensão ou pressão alta e/ou diabetes?

Sim () Não ()

Se sim o que é? _____

3. O Sr. (a) sabe o que a hipertensão e/ou diabete pode causar ao seu corpo?

Sim () Não ()

Se sim o que ? _____

4 . No momento em que descobriu ter hipertensão e/ou Diabetes, recebeu alguma

orientação sobre sua alimentação?

Sim () Não ()

De quem? _____

5. O Sr. (a) utiliza outro tempero no seu alimento sem ser o sal?

Sim () Não ()

Sem sim qual? _____

6 . O Sr(a) usa algum tipo de adoçante?

Sim () Não ()

Sem sim qual? _____

7. O Sr. (a) já teve ou tem algum vicio ?

() fuma () fumou () bebe () bebia

8. O Sr. (a) costuma fazer caminhada?

Sim () Não ()

Se sim quantas vezes na semana? _____

9. O Sr.(a) participa de algum grupo ou clube de sua comunidade?

Sim () Não ()

Se sim qual? _____

10. O que dificulta o (a) Sr. (a) a seguir o tratamento da Hipertensão e do Diabetes?

() Tomar os medicamentos;

() Dinheiro para a compra de alimentos saudáveis;

() Diminuir o sal da comida;

Distância até o serviço de saúde.

Usar adoçante.

Comer alimentos integrais

11. O Sr. (a) procura controlar seu peso? Sim Não

12. O Sr (a) acha que a dieta é um cuidado importante no tratamento da diabetes e

hipertensão? Sim Não Não sabe

13. O Sr (a) já recebeu alguma orientação de dieta para diabetes e hipertensão?

Sim Não Não sabe

14. Quem orientou essa dieta para o Sr (a)?

Médico Nutricionista Enfermeira Não sabe

Outros _____

15. O Sr (a) segue atualmente essa dieta recomendada?

Sim Não Mais ou menos

Adaptado de Castro &Car, 1999, Ávila, PRM, 2009 Obrigada pela atenção!

