

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

POLYANA DA SILVA MACÊDO

**FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO E AO ESTADO
NUTRICIONAL DE PACIENTES HIPERTENSOS
ATENDIDOS EM UMA UBS NO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB**

Cuité/PB

2015

POLYANA DA SILVA MACÊDO

**FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO E AO ESTADO NUTRICIONAL DE
PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EM UMA UBS NO MUNICÍPIO DE
CUITÉ-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso, com linha de pesquisa em Farmacologia da Nutrição, apresentado à Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Profa. Dr^a. Camila Carolina de Menezes Patrício Santos.

Coorientadora: Profa. Msc. Nilcimelly Rodrigues Donato

Cuité/PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M134f Macêdo, Polyana da Silva.

Fatores associados à hipertensão e ao estado nutricional de pacientes hipertensos atendidos em uma UBS no município de Cuité - PB. / Polyana da Silva Macêdo. – Cuité: CES, 2015.

65 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Dr^a. Camila Carolina de Menezes Patrício Santos.

Coorientadora: Msc. Nilcimelly Rodrigues Donato.

1. Hipertensão. 2. Estado nutricional. 3. Fatores de risco.
I. Título.

POLYANA DA SILVA MACÊDO

**FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO E AO ESTADO NUTRICIONAL DE
PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EM UMA UBS NO MUNICÍPIO DE
CUITÉ-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso, com linha de pesquisa em Farmacologia da Nutrição, apresentado à Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Profa. Dr^a. Camila Carolina de Menezes Patrício Santos.

Coorientadora: Profa. Msc. Nilcimelly Rodrigues Donato

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dr^a. Camila Carolina de Menezes Patrício Santos – UFCG

Orientadora

Profa. Dr^a. Maria Elieidy Gomes de Oliveira – UFCG

Membro Examinador

Profa. Msc. Nilcimelly Rodrigues Donato – UFCG

Membro Examinador

Cuité/PB

2015

*Dedico esse trabalho a **Meu Deus e a Minha Família**, que sempre estiveram ao meu lado, em todas as retas e curvas do meu caminho e que me ajudaram a concretizar cada um dos meus sonhos, pequenos ou grandes, acessíveis ou quase impossíveis.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter me dado o dom da vida, iluminando o meu caminho, me guiado sempre sobre Sua proteção, a Deus toda honra e toda glória.

A minha querida orientadora, **Camila Carolina**, por ter me acolhido, e pela dedicação e paciência com que me orientou, sua orientação foi fundamental para o desenvolvimento desse trabalho.

Aos meus amados pais, **João Batista e Ivancléia Macêdo**, pelo apoio, que muitas vezes renunciaram sonhos para que eu pudesse realizar os meus; não há palavras que expressem a minha eterna gratidão em tê-los sempre comigo. Amo vocês!

As minhas queridas irmãs, **Ana Cléia e Dayana**, pela cumplicidade e incentivo, sem vocês a caminhada seria mais difícil, obrigada por estarem sempre ao meu lado.

Aos meus amados Avós, que sempre me acolheram em seus braços e me incentivaram a seguir o melhor caminho. Obrigada pelo amor e pelo apoio.

A todos **meus familiares**, pelo carinho, apoio e torcida na concretização deste trabalho.

As minhas amigas, **Jessica, Lidiane, Rayelle e Tarsila**, por estarem sempre comigo nessa caminhada, pela ajuda e apoio na concretização desse trabalho. Levarei para sempre em meu coração, e lembrarei sempre de cada momento que passamos juntas, foram muitas emoções, muitas risadas. Meu eterno grupinho!

A **todos meus amigos conquistados na graduação**, será com muito carinho, saudade e torcida que me lembrarei de cada um de vocês.

A **todos os professores**, pelo conhecimento compartilhado essencial para minha formação.

A **UBS Abílio Chacon**, pela ajuda na identificação dos hipertensos.

A **população Cuiteense**, pelo acolhimento e receptividade com que me recebeu em suas casas, sem vocês esse trabalho ao teria sido possível.

Enfim, A todos que direta ou indiretamente foram primordiais nesse processo. Muito Obrigada!

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É tempo de travessia, e se não ousarmos fazê-la, teremos ficado para sempre as margens de nós mesmos.

Fernando Pessoa

RESUMO

MACÊDO, P. S. **Fatores associados à hipertensão e ao estado nutricional de pacientes hipertensos atendidos em uma UBS no município de Cuité-PB.** 2015. 65 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) –Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2015.

A Hipertensão Arterial é umas das principais doenças crônicas não transmissíveis que apresenta um alto risco de morbimortalidade devido as suas complicações cardiovasculares. Assim sendo, é de fundamental importância elencar os fatores de risco associados à hipertensão para que, assim, sejam desenvolvidas medidas que minimizem esses riscos e suas consequências. O presente estudo objetivou identificar os fatores de risco associados à hipertensão e sua relação com o estado nutricional de pacientes hipertensos atendidos em uma UBS do município de Cuité-PB, visto que, muitos desses fatores de risco podem ser desencadeados pelo estado nutricional inadequado. Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, sendo utilizado para a coleta dos dados um questionário estruturado, o qual contemplou informações sobre doenças crônicas, tabagismo, alcoolismo, prática de atividade física, além de informações socioeconômicas e antropométricas. As amostras foram coletadas num período de três meses, sendo avaliados 85 hipertensos, com idade média de 65 anos, sendo 77,6% do sexo feminino e 22,4% do sexo masculino. A maioria dos entrevistados apresentou excesso de peso (76,5%), 14,1% eram fumantes, 2,4% consumiam bebidas alcoólicas, 65,9% eram sedentários, 25,9% não consumiam uma dieta hipossódica, e cerca de 82,4% apresentaram risco cardiovascular. Dentre as patologias associadas, a principal foi Diabetes Mellitus (28,23%), seguida de dislipidemia e doenças cardiovasculares, onde ambas apresentaram um percentual de 24,71%. Diante disso, podemos observar que os hipertensos apresentaram fatores de risco relevantes, e muitos deles estavam associados ao estado nutricional, ou seja, além do excesso de peso ser um dos principais fatores de risco, ele ainda desencadeia outros fatores. Desse modo, é necessário um planejamento eficaz de prevenção e controle das complicações nos portadores de hipertensão, a fim de melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

Palavras-chave: Hipertensão, Estado nutricional, Fatores de risco.

ABSTRACT

MACÊDO, P. S. **Fatores associados à hipertensão e ao estado nutricional de pacientes hipertensos atendidos em uma UBS no município de Cuité-PB.** 2015. 65 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) –Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2015.

Hypertension is one of the major chronic diseases that present a high risk of morbidity and mortality due to its cardiovascular complications. It is therefore extremely important to list the risk factors associated with hypertension for which thus measures are developed to minimize these risks and their consequences. This study aimed to identify risk factors associated with hypertension and its relationship with nutritional status of hypertensive patients seen in the public healthcare clinic of Cuité-PB, since many of these risk factors can be triggered by inadequate nutritional status. This is a study with a quantitative approach, being used for data collection a structured questionnaire, which included information on chronic diseases, smoking, alcohol, physical activity, and socioeconomic and anthropometric information. The samples were collected over a period of three months, and evaluated 85 hypertensive patients, mean age 65 years, 77.6% female and 22.4% male. Most respondents showed overweight (76.5%), 14.1% were smokers, 2.4% consumed alcohol, 65.9% were sedentary, 25.9% not consumed a low-sodium diet, and about 82.4% had cardiovascular risk. Among the comorbidities Diabetes Mellitus is the main (28.23%), followed by dyslipidemia and cardiovascular disease, which both had a percentage of 24.71%. Therefore, we can see that hypertensive presented relevant risk factors, and many of them were associated with nutritional status, that is, beyond the excess weight is one of the main risk factors, it still triggers other factors. Thus, an efficient planning and control for preventing complications in patients with hypertension, it is necessary to improve the quality of life thereof.

Keywords: Hypertension, Nutritional status, risk factors.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DAC	Doença Arterial Coronariana
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DRC	Doença Renal Crônica
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IC	Insuficiência Cardíaca
IRA	Insuficiência Renal Crônica
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
RCQ	Relação Cintura Quadril
RFG	Ritmo de Filtração Glomerular
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Distribuição percentual do estado nutricional dos portadores de hipertensão da abrangência da UBS Abílio Chacon.....	42
Figura 2- Distribuição percentual dos entrevistados de acordo com patologias associadas ao quadro de hipertensão.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Valores de referência do IMC para adultos.....	36
Tabela 2- Valores de referência do IMC para idosos.....	36
Tabela 3- Pontos de corte para Relação Cintura Quadril (RCQ).....	36
Tabela 4- Perfil socioeconômico dos hipertensos, de acordo com as variáveis: idade, sexo, escolaridade e renda.....	40
Tabela 5- Distribuição percentual da relação entre estado nutricional e a renda familiar.....	41
Tabela 6- Distribuição percentual dos fatores de riscos modificáveis para o agravamento da Hipertensão Arterial entre os entrevistados.....	46
Tabela 7- Distribuição percentual da relação entre estado nutricional e o risco cardiovascular de acordo com a Relação Cintura/Quadril (RCQ).....	47
Tabela 8- Distribuição percentual da relação entre o estado nutricional e a adesão à dieta hipossódica.....	48
Tabela 9- Distribuição percentual da relação entre o estado nutricional e o controle da pressão arterial.....	49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	20
3.2 FATORES DE RISCO.....	20
3.2.1 Fatores de risco modificáveis.....	21
3.2.2 Fatores de risco não modificáveis.....	23
3.3 DIAGNÓSTICO.....	25
3.4 TRATAMENTO.....	26
3.4.1 Tratamento farmacológico.....	26
3.4.2 Tratamento não-farmacológico.....	27
3.5 COMORBIDADES ASSOCIADAS.....	29
3.4.1 Diabetes Mellitus.....	29
3.4.2 Doença Renal Crônica.....	30
3.4.3 Doença Arterial Coronariana.....	31
3.4.4 Acidente Vascular Encefálico.....	31
4 METODOLOGIA.....	33
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	34
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	34
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	34
4.3.1 Critérios de Inclusão.....	35

4.3.2 Critérios de Exclusão.....	35
4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA.....	35
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	37
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICES.....	61
APÊNDICE A.....	62
APÊNDICE B.....	65

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é caracterizada como uma patologia que causa alterações nas estruturas das artérias e do tecido cardiovascular, causando disfunção endotelial e constrição e remodelamento da musculatura lisa vascular (BALDISSERA, 2009).

Quanto à fisiopatologia da HAS, os mecanismos envolvidos são os neurogênicos, hormonais e os ambientais. Os mecanismos neurogênicos são desencadeados pelo Sistema Nervoso Simpático, os mecanismos hormonais são regulados pelo Sistema Renina-angiotensina, hormônios vasoativos do Sistema Cinina-caliceína e pela ação da vasopressina; e os fatores ambientais são representados pela elevada ingestão de sódio, obesidade, tabagismo, etilismo e sedentarismo (BALDISSERA, 2009).

Na atualidade, a HAS tem sido considerada como um grande problema de saúde pública, por ser uma das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) de maior prevalência na população brasileira, além de ser um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) (ULBRICH et al., 2012).

A hipertensão arterial atinge cerca de um quarto da população adulta mundial, podendo chegar a 1,56 bilhões de pessoas até 2025. Só no Brasil, estima-se que existem cerca de 17 milhões de portadores dessa patologia, onde 35% possuem idade igual ou superior a 40 anos (BRITO et al., 2011). A HAS é responsável por cerca de 30% das mortes em indivíduos adultos no mundo, e no Brasil, a prevalência entre a população vem crescendo abruptamente, tendo como principais fatores para o desencadeamento da hipertensão o excesso de peso e o estilo de vida inadequado, como sedentarismo e alto consumo de alimentos de alta densidade calórica (ULBRICH et al., 2012).

Essa crescente prevalência requer bastante cuidado e atenção, pois essa patologia pode causar diversos agravos à saúde, como infarto do miocárdio, aterosclerose, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico (AVE) e problemas renais. Dessa maneira, é essencial o acompanhamento multiprofissional de pessoas portadoras de hipertensão, para que se possa evitar ou minimizar essas complicações, uma vez que, no Brasil, apenas 15% dos hipertensos estão com a pressão arterial (PA) sob controle (BUBACH; OLIVEIRA, 2011).

As mudanças de hábitos alimentares decorrentes da urbanização e industrialização ocorridas neste século delinearão a dieta da população, que hoje é composta principalmente por alimentos industrializados e de alto valor calórico, sendo percebido também o aumento do consumo de carnes, leite e derivados ricos em lipídios, e redução do consumo de frutas,

cereais, verduras e legumes, que quando associada ao sedentarismo, resulta no aumento do número de casos de obesidade, e, conseqüentemente, de DCNT, como a hipertensão, pois o aumento de 10% da gordura corporal gera um aumento relevante da PA (MARIATH et al., 2007).

Um tratamento adequado que reduza os níveis tensionais, consiste em um tratamento medicamentoso aliado a um tratamento não-medicamentoso, ou seja, uma terapia que engloba tanto medicamentos quanto uma adoção de hábitos de vida saudáveis. Em alguns casos, como o de hipertensão leve, o tratamento não-medicamentoso deve ser a primeira proposta terapêutica, sendo associada a medicamentos somente quando os níveis pressóricos forem superiores a 140-159/ 90-99 mmHg. É comprovado o efeito de hábitos saudáveis no controle e diminuição da PA, assim como também na diminuição de complicações cardiovasculares e de outras patologias associadas à HAS. Redução do peso, diminuição do consumo de sódio e gorduras e exercício físico regular, são medidas comprovadas para reduzir os níveis tensionais, além de melhorar a qualidade de vida dos hipertensos. Porém, na prática profissional. Existe uma valorização do tratamento medicamentoso, e muitas vezes essa mudança de hábitos não é devidamente incentivada, e com isso o controle da PA fica mais difícil, levando muitas vezes ao aumento de medicamentos utilizados por esses pacientes (BALDISSERA, 2009).

Hábitos de vida saudáveis são recomendados para a prevenção primária da HAS, principalmente para pessoas que possuem PA limítrofe, pois reduzem a PA e o risco para mortalidade cardiovascular. A perda de peso e da circunferência abdominal para indivíduos com sobrepeso/obesidade é de grande valia, pois também ajudam a reduzir a PA. Dessa forma, as medidas antropométricas a serem alcançadas são o Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 25 kg/m^2 e circunferência abdominal $< 102 \text{ cm}$ para os homens e < 88 para as mulheres (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Diante do exposto, pergunta-se, quais os principais fatores de risco associados à hipertensão e sua relação com o estado nutricional de pacientes hipertensos atendidos em uma UBS do município de Cuité-PB?

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os fatores de risco associados à hipertensão e sua relação com o estado nutricional de pacientes hipertensos atendidos em uma UBS do município de Cuité-PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil socioeconômico dos hipertensos;
- Avaliar o estado nutricional dos hipertensos;
- Fazer uma correlação entre o estado nutricional e a renda familiar;
- Verificar os fatores de risco que contribuem para o agravamento da hipertensão;
- Relacionar o estado nutricional com o Risco Cardiovascular;
- Verificar a relação entre estado nutricional e o controle da pressão arterial;
- Investigar as comorbidades associadas à hipertensão.

3 Referencial Teórico

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A HAS é definida como pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, resultando em aumento do tônus muscular vascular periférico, da resistência arteriolar e a redução da capacitância do sistema venoso (HOWLAND; MYCEK, 2006).

No sistema cardiocirculatório, a doença eleva a carga de trabalho cardíaco, provocando hipertrofia do músculo cardíaco, em particular o ventrículo esquerdo, o que pode levar ao desenvolvimento de insuficiência cardíaca (IC). Também favorece o aparecimento da arteriosclerose, aumentando a probabilidade de formação de coágulos sanguíneos e rotura dos vasos sanguíneos (PINTO, 2008).

A HAS é uma doença crônica, considerada umas das patologias de maior prevalência no Brasil e o mundo, configurasse um problema de saúde pública devido a sua alta prevalência, aumento dos custos com a saúde, dificuldades no controle, e riscos à saúde, como complicações agudas e crônicas, visto que, a hipertensão é fator predisponente para insuficiência renal crônica, doença arterial coronária e cérebro-vascular (RIBEIRO, 2011; LIMA et al., 2014).

Atualmente, observa-se que a HAS, até então considerada relativamente rara em jovens, tornou-se mais frequente nesse público, um dos possíveis motivos que explica esse fato, seria os hábitos alimentares inadequados e o sedentarismo, uma vez que são hábitos característicos desse público (BUBACH; OLIVEIRA, 2011). A hipertensão apresenta evolução lenta e inicialmente assintomática, o que acarreta retardo no seu diagnóstico e tratamento. Sua etiologia é multifatorial, acometendo diversos grupos populacionais, sendo as principais causas para o desenvolvimento da hipertensão, os fatores genéticos, nível socioeconômico baixo, consumo elevado de bebidas alcoólicas e de cigarro, sedentarismo, práticas alimentares inadequadas, e o excesso de peso. Sendo de fundamental importância a identificação precoce dos fatores de risco associados, para que os riscos por ela determinados sejam minimizados, e assim a morbimortalidade seja reduzida (LIMA et al., 2014).

3.2 FATORES DE RISCO

Os fatores de risco que atuam no desenvolvimento da HAS são divididos em fatores

de risco modificáveis e não modificáveis, sendo os fatores de risco modificáveis, àqueles sobre o qual o indivíduo pode exercer controle, podem ser modificados através da adoção de novos comportamentos ou um novo estilo de vida, exemplos: a obesidade, sedentarismo, estresse, tabagismo, etilismo e hábitos alimentares inadequados. Já os fatores de risco não modificáveis são aqueles que não podem ser tratados ou evitados, sendo eles, a idade, o sexo, a etnia e os fatores genéticos (MENDONÇA et al., 2011).

Hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física, redução do peso corporal, e o não consumo de bebidas alcoólicas e de cigarros, são medidas que ajudam a controlar os fatores de risco modificáveis e conseqüentemente reduzem a probabilidade do indivíduo desenvolver DCNT, como a HAS (MALACHIAS, 2010).

3.2.1 Fatores de risco modificáveis

Hábitos alimentares

Hábitos alimentares inadequados, com um consumo excessivo de alimentos industrializados, com altos teores de gorduras saturadas, sódio e açúcar, contribuem para o surgimento de DCNT, sendo a HAS a principal delas (JARDIM et al., 2007).

Atualmente, os avanços tecnológicos e científicos proporcionaram mudanças de hábitos e estilos de vida das pessoas, promovendo sedentarismo e práticas cotidianas menos saudáveis, havendo mudança nas quantidades dos alimentos ingeridos e na própria composição da dieta, com uma incorporação crescente dos *fast-foods* e de alimentos industrializados, provocando alterações significativas no estado nutricional de grande parcela da população mundial, que resulta em fatores como aumento das taxas de colesterol, obesidade e elevação da PA, tornando o indivíduo mais susceptível a desenvolver DCNT (BEZERRA et al., 2010).

De acordo com os estudos, dietas ricas em frutas e hortaliças, com pouca gordura saturada, e com o consumo adequado de gorduras monoinsaturadas e poli-insaturadas, diminuem o risco cardiovascular, contribuem para a redução do peso e redução da PA (COSTA et al., 2009).

Excesso de peso e obesidade

De acordo com a classificação do estado nutricional, pessoas que possuem IMC maior que 24,9 kg/m² são classificadas com excesso de peso, e apresentam maior

probabilidade de possuírem circunferência abdominal acima do recomendado, e consequentemente uma maior chance de desenvolverem DCV. Os principais fatores que contribuem para o desenvolvimento do sobrepeso e obesidade são hábitos alimentares inadequados e inatividade física, como também, o fator genético (BEZERRA et al., 2010).

Existem dois padrões de obesidade: a deposição central e a deposição periférica de gordura, indivíduos que apresentam deposição central de gordura, ou seja, aquela adiposidade localizada a região abdominal, apresentam maior tendência de desenvolver HAS (LIMA et al., 2014).

A obesidade desencadeia alterações fisiopatológicas como o aumento nas propriedades inflamatórias, disfunção endotelial e alterações do sistema nervoso autossômico, as quais favorecem a instalação adicional de fatores de risco cardiovascular (MIRANDA; MARTINEZ; LATERZA, 2011).

Vários estudos comprovam que a obesidade é um fator de risco independente para a HAS. Além de ser um fator predisponente para a hipertensão, a associação entre obesidade e HAS está relacionado a um menor controle da PA (HALPERN et al., 2000).

O excesso de peso é responsável por cerca de 20% a 30% dos casos de hipertensão, e 75% e 65% dos homens e mulheres, respectivamente, que apresentam essa patologia tem o excesso de peso como fator principal para o seu desenvolvimento (MARTINS et al., 2009).

Sedentarismo

O estilo de vida sedentário é considerado um importante fator de risco para DCV, é definido como a ausência ou a pequena e irregular prática de atividade física (OLBRICH et al., 2009). O sedentarismo tende a aumentar nas sociedades desenvolvidas, com efeito prejudicial na qualidade de vida das pessoas, corroborando em maiores taxas de mortalidade e morbidade cardiovascular e risco elevado de obesidade (GOUVEIA et al., 2007).

A atividade física estimula a função dos sistemas respiratório, cardiovascular e músculo-esquelético. A prática desta, como hábito de vida, colabora para a regulação do peso, promovendo também, sensação de bem estar, sendo este fator relevante na prevenção primária e também como suporte terapêutico das DCNT. O sedentarismo é considerado um hábito insalubre para a saúde (OLBRICH et al., 2009).

A atividade física reduz a incidência de HAS em indivíduos pré-hipertensos, diminuindo também o desencadeamento de outras DCNT (ÁVILA et al., 2010).

A prática de atividade física reduz a mortalidade por problemas cardiovasculares, independentemente da pressão arterial e de outros fatores de risco, além de ajudar a manter os níveis tensionais controlados, favorecendo um envelhecimento saudável (COSTA et al., 2009).

Tabagismo e Ingestão de álcool

O tabagismo é um fator de risco, pois ele compromete a integridade dos vasos sanguíneos. A nicotina presente no cigarro produz a liberação de catecolaminas, elevando a frequência cardíaca e a resistência periférica, e conseqüentemente, a pressão arterial (TEIXEIRA et al., 2006). Os mecanismos pelos quais o tabagismo aumenta o risco de DVC são muitos e interagem uns com os outros. Esses mecanismos incluem aumento da rigidez arterial, vasoconstrição, disfunção endotelial, aumento da agregação plaquetária, aumento da aterosclerose, aumento do estresse oxidativo, aumento do tamanho do infarto e diminuição da defesa antioxidante, inflamação, diminuição da produção energética no músculo cardíaco e uma diminuição da atividade do sistema parassimpático (OLIVEIRA, 2009).

O alcoolismo também apresenta íntima relação com hipertensão arterial, o aumento dos níveis de álcool na corrente sanguínea eleva a PA, sendo que essa elevação acontece de maneira lenta e progressiva (TEIXEIRA et al., 2006).

3.2.2 Fatores de risco não modificáveis

Idade

A relação entre a HAS e a idade ocorre devido às mudanças nas estruturas fisiológicas e anatômicas da musculatura lisa e do tecido conjuntivo das artérias, associadas ao envelhecimento, acarretando na diminuição da distensibilidade das artérias e conseqüentemente na elevação da PA (PIATI et al., 2009).

O envelhecimento acarreta algumas modificações na arquitetura e na composição da parede vascular. Entre essas modificações estão a liberação de menor quantidade de óxido nítrico, que é um fator importante de relaxamento vascular; a diminuição da sensibilidade da musculatura lisa vascular aos efeitos da endotelina, um potente vasoconstritor; o diâmetro dos vasos e do conteúdo de colágeno aumenta; e ocorre fragmentação das elastinas arteriais e deposição lipídica de cálcio, com concomitante perda de elasticidade. Todas essas alterações

observadas no idoso podem interagir com outros potentes fatores de risco cardiovascular, como obesidade, dislipidemias e diabetes mellitus (DM) (FREITAS et al., 2011).

Estudos mostram que, com o avanço da idade, aumenta a probabilidade dos indivíduos apresentarem riscos de desenvolverem a HAS. A idade avançada está relacionada a menores níveis de controle da PA, fato esse que requer um maior monitoramento por parte das equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), para identificar esses grupos de risco (BALDISSERA et al., 2009).

Costa et al., (2009), observaram em seu estudo que a relação entre HAS e a idade é bem nítida, onde cerca de 70% dos indivíduos entrevistados com mais de 70 anos apresentavam HAS.

Fatores genéticos

O desencadeamento da hipertensão arterial está relacionado com os fatores genéticos, porém ainda são escassos os estudos que definam essa relação, além de ainda não existir variantes genéticas que possam determinar o risco individual de desenvolvimento da HAS (ÁVILA et al., 2010).

Piati et al, (2009), encontraram em seu estudo que 70% dos hipertensos entrevistados possuíam antecedentes familiares (pai, mãe, avós) com HAS. Um número bem expressivo, o que nos leva a conclusão de que o fator genético pode exercer grande influência no surgimento da HA.

Gênero e etnia

A prevalência de HAS é semelhante entre o sexo masculino e o sexo feminino, porém homens com idade menor que 50 anos apresentam maior prevalência, e mulheres a partir dos 50 anos são mais propensas a desenvolver HAS. Em relação à etnia, indivíduos negros apresentam uma maior prevalência para desencadear a HA (FERRERA et al., 2009 apud MAGRINI et al. 2012).

Fatores socioeconômicos

Os fatores socioeconômicos já foram relatados em diversos estudos como um fator de risco para a HAS, pessoas que apresentam um baixo nível de escolaridade e renda familiar restrita, são mais propensas a desenvolverem DCNT como a hipertensão, pois apresentam

muitas vezes condições de vida pouco favoráveis, tendo pouco acesso às informações de saúde e uma menor qualidade de vida (BALDISSERA et al., 2009).

Os fatores socioeconômicos exercem diferenças relevantes na vida das pessoas, determinado as condições de vida e de saúde dos indivíduos, visto que pessoas com melhores condições têm maior acesso a informações, melhor entendimento da condição clínica e muitas vezes maior aderência ao tratamento (CIPULLO et al., 2010 apud MAGRINI et al., 2012).

3.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da hipertensão é feito através da mensuração da pressão arterial pelo aparelho esfigmomanômetro. O indicado é aferir a pressão mais de uma vez, em momentos diferentes, para se ter um diagnóstico com maior precisão (ULBRICH et al., 2012).

A aferição da pressão arterial deve ser realizada por um profissional ou qualquer outra pessoa capacitada, que realize os procedimentos corretos.

Os procedimentos são os seguintes: deixar o paciente em repouso por pelo menos cinco minutos em ambiente calmo, e não conversar durante a medida, certificar-se que o paciente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café ou fumou nos 30 minutos anteriores; quanto ao posicionamento do paciente este deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou quarto espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010, p.11).

Na primeira avaliação para a detecção HA as aferições devem ser feitas nos dois braços, utilizando como referência a medida do braço com maior valor obtido nas aferições. Devem ser realizadas pelo menos três aferições em cada consulta, as medidas das duas últimas é considerada o valor real da pressão arterial. Logo, o diagnóstico da HA é dado pela detecção de níveis elevados e constantes da pressão arterial (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Levando em consideração os métodos corretos para se chegar ao diagnóstico, o indivíduo deve ser considerado portador de hipertensão quando os valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS) são superiores a 140 mmHg ou de Pressão Arterial Diastólica (PAD) superiores a 90 mmHg (OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2009).

O diagnóstico correto da HA é de extrema importância, pois diagnósticos falso-positivos e falso-negativos podem implicar em danos à saúde devido à utilização desnecessária de medicamentos, e a complicações no quadro hipertensivo, devido a não

realização do tratamento correto, respectivamente. Isso pode ocorrer por causa de fatores que podem influenciar o diagnóstico, como o instrumento utilizado, que pode estar descalibrado, ao ambiente e o próprio indivíduo (MOLINA et al., 2011).

3.4 TRATAMENTO

O tratamento dos hipertensos deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, garantindo assim um cuidado integral. O controle da Pressão Arterial (PA) é o principal objetivo do tratamento, visando reduzir o risco de doenças cardiovasculares e proporcionar melhor qualidade de vida (BRASIL, 2006).

A hipertensão não tem cura, mas apesar disso, em grande parte dos casos, o controle da PA pode ser alcançado através do uso de medicamentos e da mudança no estilo de vida, como prática de exercício físico e uma alimentação saudável. Para que os portadores de HAS tenham uma qualidade de vida melhor, é essencial que o diagnóstico seja preciso, pois os fármacos anti-hipertensivos utilizados no tratamento possuem efeitos colaterais relevantes quando usados em longo prazo (MOLINA et al., 2011).

3.4.1 Tratamento farmacológico

Para iniciar o tratamento com anti-hipertensivos, é necessário levar em consideração os níveis pressóricos e o risco cardiovascular. $PA \geq 160/100$ mmHg significa alto risco cardiovascular, e o tratamento medicamentoso deve ser iniciado imediatamente, associado com uma mudança no estilo de vida, sendo de extrema importância um acompanhamento multiprofissional, para que o paciente possa alcançar os objetivos terapêuticos no controle da HA (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008 apud BRASIL, 2013).

Quando o paciente é submetido ao tratamento medicamentoso é importante que lhe seja esclarecido os efeitos adversos que esse medicamento pode causar, o tempo que será preciso para que esse fármaco atinja seu efeito e uma possível mudança na terapia estabelecida (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Os medicamentos são prescritos inicialmente em baixas doses e vão sendo aumentadas gradualmente. A terapia farmacológica da HA no idoso precisa considerar os fatores intrínsecos do paciente, visto que, com o avanço da idade as funções de alguns órgãos estão prejudicadas, inclusive as funções renais e hepáticas, o que pode ocasionar alterações na

biodisponibilidade e eliminação dos fármacos, sendo necessário um maior controle das doses utilizadas no tratamento (REINHARDT et al., 2012).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), os anti-hipertensivos são distribuídos nas seguintes classes:

- Diuréticos
- Inibidores adrenérgicos
 - Ação central – agonistas alfa-2 centrais
 - Betabloqueadores – bloqueadores beta-adrenérgicos
 - Alfabloqueadores – bloqueadores alfa-1 adrenérgicos
- Vasodilatadores diretos
- Bloqueadores dos canais de cálcio
- Inibidores da enzima conversora da angiotensina
- Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II
- Inibidor direto da renina

Geralmente, devido à hipertensão apresentar uma etiologia multifatorial, é necessária a utilização de mais de uma classe de anti-hipertensivos para que o tratamento seja eficaz, levando em consideração as necessidades de cada pessoa, a presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez (BRASIL, 2013).

3.4.2 Tratamento não-farmacológico

O tratamento não-farmacológico compreende mudanças no estilo de vida, com ações que possibilitam o controle ou redução do peso corporal, mudanças nos hábitos alimentares, diminuição do consumo de álcool e da ingestão de sal, além da prática regular e constante de exercícios físicos e abstenção do tabagismo (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010).

Para hipertensos com excesso de peso ou obesidade, é de grande valia perdas de peso e da circunferência abdominal, pois além de diminuir a PA, elas ajudam a melhorar o prognóstico para o desenvolvimento de outras doenças que estão associadas à hipertensão. O ideal é que o Índice de Massa Corporal (IMC) seja menor que 25 kg/m² e a circunferência abdominal < 102 cm para os homens e <88 para as mulheres, porém uma pequena perda de peso em pessoas com sobrepeso já ajuda a reduzir a PA (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

O comprometimento com o plano alimentar saudável é fundamental para o sucesso do tratamento, devendo-se evitar dietas sem um acompanhamento de um nutricionista, visto

que dietas radicais, com a restrição total de alguns macronutrientes são ofensivas à saúde e o paciente não consegue mantê-la por longo prazo, havendo uma desistência do tratamento (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A terapia nutricional de um hipertenso deve ser composta por frutas e hortaliças, cerca de três a quatro porções de cada por dia, laticínios desnatados, duas a três porções por dia, dar preferência a alimentos integrais, como cereais, pães, biscoitos e massas integrais, comer castanhas, amêndoas, sementes e grãos de quatro a cinco porções por semana, dar preferência a carnes magras, aves e peixes, porém devem ser consumidas pequenas porções, evitar a adição de sal, molhos e caldos prontos e de produtos industrializados, diminuir ou evitar o consumo de doces e bebidas açucaradas (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Devido os hipertensos estarem mais susceptíveis a desenvolver doenças cardiovasculares, é necessário que haja uma redução no consumo de gorduras saturadas e trans, sendo aconselhado o consumo de gorduras poli e monoinsaturadas, mas em quantidades adequadas (OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2009).

A dieta do hipertenso deve ser hipossódica, ou seja, com pouca quantidade de sódio, cerca de 4g de sal de cozinha por dia, para a população sadia o recomendado é cerca de 5g por dia, porém o consumo do brasileiro corresponde a quase o dobro do recomendado, isso reforça a necessidade de orientações à população em geral, pois os produtos industrializados são os alimentos que contêm mais sódio, e muitas pessoas não têm o hábito de ler os rótulos ou não conseguem compreender as informações contidas neles (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Uma dieta com quantidades recomendadas de fibras, com fontes dietéticas de gorduras poli e monoinsaturadas (azeite de oliva, abacate, castanhas e amêndoas), e com duas a três porções diárias de laticínios magros, e com alimentos fontes de potássio (banana, melão, laranja, couve, espinafre e etc.) correlacionou-se com menor incidência de HAS e com redução da PA (BRASIL, 2013).

A prática de exercício físico é indispensável na vida do ser humano, pois traz grandes benefícios à saúde, principalmente, aos portadores de hipertensão, ajudando na redução da incidência de DCV, além de reduzir a PA e o peso corporal. A atividade física deve ser praticada de acordo com as condições de saúde de cada indivíduo, levando em consideração suas individualidades, porém para se ter bons resultados no controle da PA, o paciente deve

fazer atividade regulamente, de duas a três vezes na semana (OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2009).

A realização do tratamento adequado depende da conscientização e do reconhecimento de que é preciso uma modificação no estilo de vida, e que essa mudança é essencial para a prevenção dos agravos à saúde que essa patologia pode acarretar (JARDIM et al., 2007).

3.4 COMORBIDADES ASSOCIADAS À HIPERTENSÃO

A Hipertensão Arterial é reconhecida como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do Acidente Vascular Encefálico (AVE) e infarto do miocárdio (MOLINA et al., 2003).

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), dentre as principais comorbidades associadas à hipertensão, estão:

- Diabetes mellitus;
- Doença renal crônica;
- Doença arterial coronariana;
- Acidente vascular encefálico.

De acordo com o Ministério da Saúde, a hipertensão arterial é responsável por, pelo menos, 40% das mortes por AVE, 25% das mortes por doença arterial coronariana (DAC) e em combinação com o DM é responsável por 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

No Brasil, as comorbidades associadas à hipertensão como as doenças cardiocirculatórias, geram uma grande demanda de internações e cuidados médicos de grande custo, como cirurgias, medicamentos caros, exames periódicos, dentre outros procedimentos. Levando em consideração o elevado nível de hipertensos no país, os custos com a saúde são bastante altos (COSTA et al., 2007).

3.4.1 Diabetes Mellitus

O DM constitui-se um fator de risco cardiovascular, caracterizando-se por níveis elevados de glicose na corrente sanguínea, está associado a disfunções e insuficiência de alguns órgãos, como olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. É uma patologia crônica caracterizada pela incapacidade de secreção e/ou ação da insulina, destruição das células produtoras de insulina, resistência à ação da insulina, entre outros. É um distúrbio

metabólico que implica em vários níveis de insuficiência insulínica, sendo classificada em dois tipos principais: o DM tipo 1 ou insulínica e o DM tipo 2 não insulínica (BRASIL, 2006).

O DM tipo 2 é um grave problema de saúde pública, pois é uma patologia cada vez mais comum e crescente na população, atingindo cerca de, 173 milhões de pessoas em todo o mundo. A estimativa da prevalência do DM para o ano de 2030, em todo o mundo, é de 300 milhões de portadores, aponta-se também, que essa doença seja uma das principais causas de morte. A alta prevalência e as disfunções acarretadas pelo DM, tais como a neuropatia periférica, as ulcerações dos pés, a amputação do membro afetado, infarto do miocárdio, o derrame cerebral, a nefropatia, as retinopatias, as frequentes hospitalizações, o alto custo do tratamento e a perda de anos de vida por morte prematura, são exemplos do impacto negativo que o DM2 traz para a sociedade e para a qualidade de vida das pessoas (MEDEIROS et al., 2012).

Analisando a elevada morbimortalidade causada pelo diabetes, a prevenção dessa patologia e de suas complicações é de extrema importância para a saúde pública. Na atenção básica, ela pode ser efetuada por meio da prevenção de fatores de risco como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares inadequados; na identificação e tratamento de indivíduos com predisposição para desenvolver diabetes; da identificação de casos não diagnosticados para tratamento; e aumento do controle de pacientes já diagnosticados, tendo em vista, prevenir complicações agudas e crônicas (BRASIL, 2006).

3.4.2 Doença Renal Crônica

A doença renal crônica (DRC) é uma síndrome que ocasiona redução da filtração glomerular, originada por diversas patologias, como por exemplo, hipertensão e diabetes. Dependendo da doença de base a lesão começa a se desenvolver com esclerose glomerular e fibrose intersticial, progredindo para insuficiência renal crônica (IRC). A aterosclerose também é bastante presente nesses pacientes, e muitas vezes está associada à HAS, DM, dislipidemias e ao tabagismo (DUMMER et al., 2007).

Os rins exercem funções essenciais no controle homeostático do organismo, dessa maneira, a progressiva diminuição do ritmo de filtração glomerular (RFG), e as disfunções regulatórias, excretórias e endócrinas causadas pela DRC, levam ao comprometimento de essencialmente todos os outros órgãos do corpo (BASTOS et al., 2004).

O controle rigoroso da PA é de grande importância para minimizar a evolução da DRC, além de diminuir o risco de DVC, comumente associada. Os níveis tensionais elevados é um fator de risco isolado para a ocorrência de falência funcional renal. É preconizado a manutenção da PA em nível inferior a 140/90 mmHg nos pacientes com baixo risco de DVC e inferior a 130/85 mmHg para diabéticos, portadores de DVC e que apresentam comprometimento de órgãos alvos (BASTOS et al., 2004).

Estima-se que cerca de 1,2 milhões de brasileiros apresentam DRC, e o surgimento de novos casos aumenta cerca de 8% ao ano, além disso, nos últimos anos o número de pacientes que utilizam a terapia de diálise aumentou abruptamente (DUMMER et al., 2007).

3.4.3 Doença Arterial Coronariana

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da DAC são a HAS, DM, dislipidemias, obesidade, tabagismo, sedentarismo e o fator genético. A redução desses fatores exerce grande influência na redução da morbimortalidade. O fator de risco isolado que mais causa DAC é o DM, seguido da HAS, estima-se que mais de 55% dos portadores de diabetes apresentam essa patologia (GUS et al., 2002).

A doença aterosclerótica da artéria coronariana é uma doença degenerativa crônica dos vasos, caracterizada pelo acúmulo de material lipídico no espaço intra e extracelular da camada íntima do endotélio, recoberto por capa fibrosa. A placa se desenvolve quando o endotélio é lesado por lipoproteínas de baixa densidade como o LDL, por subprodutos da fumaça do cigarro, hipertensão, hiperglicemia, infecção, aumento do nível de homocisteína e hiperfibrinogenemia. A formação e o crescimento dessa placa reduzem o lúmen arterial e consequentemente a redução do fluxo sanguíneo, causando sintomas de angina. Ela dá origem a complicações clínicas agudas que incluem a isquemia aguda do miocárdio e o AVE, resultantes da ruptura da placa de ateroma e trombose (LUQUE, 2010).

As DCVs, principalmente a DAC, apresentam-se como a quinta causa de morte em todo o mundo. E se o seu aparecimento continuar a crescer, estima-se que no ano 2020, será a principal causa de morte na população (GUS et al., 2002).

3.4.4 Acidente Vascular Encefálico

O AVE é decorrente de uma lesão vascular, que na maioria das vezes é ocasionado pela deposição de gordura na parede dos vasos cerebrais, pela formação de hemorragias ou por coágulos sanguíneos. Os sintomas mais comuns incluem paralisia súbita unilateral na

face, braços ou pernas, confusão mental, dificuldade para falar ou entender a fala; dificuldade de enxergar com um ou ambos os olhos, dificuldade em andar, tonturas, perda de equilíbrio ou falta de coordenação motora, cefaléia de causa desconhecida, e astenia ou perda de consciência (OMS, 2011).

O AVE é dividido em dois tipos principais: o isquêmico, que representa 85% dos casos, determinado pela perda repentina da função cerebral devido a uma cessação do fornecimento sanguíneo para uma região cerebral; e o hemorrágico, que corresponde a 15% dos casos, sendo definido como o extravasamento do sangue para dentro do cérebro devido à ruptura de vasos capilares (BRITO et al., 2011).

Os principais fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento do AVE são: HAS, consumo excessivo de álcool, sedentarismo, tabagismo, DM, cardiopatias, dislipidemias e uso de contraceptivos orais (AGNOL et al., 2010).

A hipertensão arterial é considerada o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças isquêmicas e AVE. A HAS eleva de três a quatro vezes o risco de desenvolver AVE, sendo considerada responsável diretamente por pelo menos metade dos casos. O AVE é considerado uma das principais doenças que ocasionam mortes e invalidez em todo o mundo, sendo assim, de grande importância para a saúde pública mundial (BRITO et al., 2011).

4 Metodologia

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

A abordagem metodológica empregada foi quantitativa, por meio de um estudo com seguimento do tipo prospectivo, de forma descritiva. Segundo Gil (2009), a pesquisa descritiva volta-se para observação dos fatos, os quais são registrados, analisados classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles (ANDRADE, 2010).

Sobre a abordagem quantitativa Marconi e Lakatos (2007) mencionam que a mesma busca critérios numéricos que possibilite gerar e generalizar conceitos teóricos que se pretende testar. Ela transforma em números informações, por meio de recursos e técnicas estatísticas para classificá-las e analisá-las, associado ao estudo descritivo. Esta abordagem é utilizada quando se conhece o perfil do universo e os objetivos específicos do problema.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

Este estudo foi realizado no município de Cuité, estado da Paraíba, localizado na microrregião do Curimataú. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (BRASIL, 2011), o município tem 741.840 km de área territorial e sua demografia populacional está estimada em 20.299 habitantes. Limita-se a norte com o estado do Rio Grande do Norte, a sul com os municípios de Sossego e Baraúna, a leste com os municípios de Cacimba de Dentro, Damião e Barra de Santa Rosa e a oeste com os municípios de Picuí e Nova Floresta.

A rede de atenção primária do referido município conta com nove Unidades Básicas de Saúde da Família, sendo cinco na zona urbana, e quatro na zona rural.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo da pesquisa foi representada por pacientes hipertensos cadastrados e acompanhados pela UBS Abílio Chacon, localizada da zona urbana do município de Cuité-PB, que totalizavam 286 hipertensos, sendo que devido aos critérios de inclusão e exclusão, à dificuldade da localização dos pacientes, e a não disponibilidade de alguns hipertensos, só participaram da pesquisa 85 hipertensos.

De modo a garantir uma uniformidade do grupo amostral, foram estabelecidos os critérios de inclusão e de exclusão, descritos a seguir:

4.3.1 Critérios de Inclusão

Portadores de hipertensão acompanhados e cadastrados na UBS selecionada, que estivessem cadastrados no programa HIPERDIA, do Governo Federal, podendo ser do sexo masculino ou feminino, que concordassem em participar livremente da pesquisa, e apresentassem condições físicas e mentais para responder ao questionário de coleta de dados.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Pacientes que não estavam sendo acompanhados regularmente pela UBS, que não concordaram ou desistiram de participar da pesquisa em qualquer momento, pacientes acamados, sendo excluídos também, os indivíduos que não estavam em seus domicílios após duas visitas realizadas em suas casas.

4.4 INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Para a identificação dos hipertensos, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da UBS Abílio Chacon, disponibilizaram os nomes e os endereços dos mesmos, sendo as entrevistas realizadas nos domicílios de cada paciente.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, utilizando-se um questionário estruturado pela pesquisadora, o qual contemplou informações socioeconômicas (idade, sexo, escolaridade, profissão e renda), antropométricas (peso, altura, circunferência da cintura e circunferência do quadril), sobre hábitos de vida (uso de bebidas alcoólicas, uso de cigarro e prática de atividade física) e sobre a hipertensão (pressão arterial, doenças associadas, antecedentes familiares e adesão à dieta hipossódica) (APÊNDICE A).

A avaliação antropométrica dos indivíduos foi realizada por meio de aferição do peso (kg) e estatura (m), com cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e circunferência da cintura e do quadril, sendo utilizado como referências os pontos de corte da Organização Mundial de Saúde (OMS), diferenciando para adultos e idosos (Tabela 1, Tabela 2, Tabela 3). Para a verificação do peso, foi utilizada uma balança digital com capacidade máxima de 150 kg, da marca CAMRY®, devidamente aferida. A estatura foi medida com o auxílio de fita métrica de 1,50 m. No momento da aferição do peso corporal, os participantes foram orientados a ficar somente com roupas leves e com os pés descalços sobre a balança. Para aferir a estatura, os participantes foram orientados a ficarem de pé, descalços, em posição

ortostática, com o corpo erguido em extensão máxima e a cabeça ereta, olhando para frente, com os pés juntos e os calcanhares encostados na parede. Na determinação da circunferência da cintura e do quadril, foi solicitado ao paciente que ficasse em pé, respirando normalmente, e levantasse suas vestes situadas na região do abdômen.

Tabela 1- Valores de referência do IMC para adultos.

DIAGNÓSTICO	IMC Kg/m²
Baixo peso	< 18,50
Eutrofia	18,5 – 24,99
Sobrepeso	>_ 25
Obesidade grau I	30 – 34,99
Obesidade grau II	35 – 39,99
Obesidade grau III	>_ 40

Fonte: OMS, 2004.

Tabela 2- Valores de referência do IMC para idosos.

DIAGNÓSTICO	IMC Kg/m²
Baixo peso	< 22,0
Risco de déficit	22,0 – 24,0
Eutrofia	24,0 – 27,0
Sobrepeso	> 27,0

Fonte: OMS, 2004.

Tabela 3- Pontos de corte para Relação Cintura Quadril (RCQ).

SEXO	RCQ
Masculino	RCQ > 1
Feminino	RCQ > 0,85

Fonte: WHO, 1998.

Para a aferição da PA, foi utilizado um esfigmomanômetro da marca Premium. Os procedimentos para a aferição seguiram os recomendados pela IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO (2010), onde o hipertenso ficou em repouso por pelo

menos cinco minutos antes, em ambiente calmo, e sem conversar durante a medida, certificando se o paciente não praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café ou fumou nos 30 minutos anteriores; quanto ao posicionamento dos entrevistados, estes estavam sentados, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço estava na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou quarto espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

Os itens necessários à execução da pesquisa foram todos da responsabilidade da pesquisadora. Demonstrando-se, portanto, a nulidade de ônus, de qualquer natureza para o participante desse estudo, uma vez que todos os elementos necessários para a avaliação e tratamento classificam-se como de fácil aquisição e baixo custo.

4.5 ANALÍSES DE DADOS

As informações coletadas foram transferidas para o meio digital por meio de programas próprios para armazenamento de dados (Microsoft Access 2010), tabuladas e analisadas no software estatístico SPSS for Windows, utilizando técnicas descritivas, tabulação cruzada e análise gráfica.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados todos os critérios éticos no desenvolvimento desta pesquisa, em respeito à Resolução Nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi previamente aprovada pelo comitê de ética, por meio da Plataforma Brasil, com o CAAE nº: 14239813.3.0000.5182, no dia 01/08/2013.

A participação na pesquisa foi voluntária e, no momento da aceitação, foi esclarecida a finalidade do estudo aos pacientes, sendo garantido o anonimato por ocasião da elaboração da Monografia e da publicação dos dados e o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que sofressem qualquer prejuízo. Em seguida, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

5 Resultados e Discussão

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para traçar o perfil socioeconômico, foram avaliados 85 hipertensos, com idade média de 65 anos, onde 29,4% (n=25) possuíam idade entre 30 e 60 anos, e 70,6% (n=60) idade maior que 60 anos, sendo 77,6% (n=66) do sexo feminino, e 22,4% (n=19) do sexo masculino. Quanto aos dados socioeconômicos, observou-se que em relação à escolaridade, 68,2% (n=58) possuíam o ensino fundamental, 16,5% (n=14) não eram alfabetizados, 10,6% (n=9) possuíam ensino médio, e apenas 4,7% (n=4) ensino superior. Com relação à renda, a maioria dos entrevistados, cerca de 65,9% (n=56), possuem renda maior que $\frac{1}{2}$ salário mínimo *per capita*, 12,9% (n=11) $\frac{1}{2}$ salário mínimo *per capita*, e 21,2% (n=18) menos que $\frac{1}{2}$ salário mínimo *per capita* (Tabela 4).

Classifica-se como população pobre e extremamente pobre indivíduos que tenham renda de $\frac{1}{2}$ salário mínimo *per capita* e $\frac{1}{4}$ salário mínimo *per capita*, respectivamente (BRASIL, 2006 apud GIACHINI, 2007).

A população estudada apresentou-se em sua maioria acima da linha da pobreza, visto que, embora 21,2% apresentaram renda *per capita* menor que $\frac{1}{2}$ salário mínimo, nenhum apresentou renda *per capita* de $\frac{1}{4}$ salário mínimo.

Martins et al. (2010), em seu estudo sobre o consumo alimentar, pressão arterial e controle metabólico de idosos hipertensos e diabéticos, encontrou dados socioeconômicos semelhantes, onde a média de idade dos entrevistados foi 64,8 anos. Observou que 82,5% dos participantes eram do sexo feminino, pouco mais de 44% eram analfabetos e 47% fizeram o ensino fundamental incompleto. A renda *per capita* mensal foi de apenas $1,7 \pm 0,8$ salários-mínimos.

Ribas (2006), também encontrou em seu estudo uma predominância de hipertensos do sexo feminino (64,97%), com baixa escolaridade (64,02% possuem ensino fundamental ou são analfabetos), apresentando renda familiar inferior a 2 salários mínimos e idade média de 60,76 anos.

Com relação à escolaridade, Campos et al. (2006) investigaram os fatores socioeconômicos preditivos da obesidade e notaram que idosos que tem 9 a 11 anos de escolaridade tem chances 2,36 vezes maior de apresentar sobrepeso quando comparado a idosos com 4 ou menos anos de escolaridade, ou seja, idosos com um maior nível de escolaridade estão mais propensos a desenvolver sobrepeso ou obesidade.

Tabela 4- Perfil socioeconômico dos hipertensos, de acordo com as variáveis: idade, sexo, escolaridade e renda.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS HIPERTENSOS		
Variável	N	%
Idade		
18 – 30 anos	0	0
30 – 60 anos	25	29,4%
Mais que 60 anos	60	70,6%
Sexo		
Masculino	19	22,4%
Feminino	66	77,6%
Escolaridade		
Não alfabetizado	14	16,5%
Ensino fundamental	58	68,2%
Ensino médio	09	10,6%
Ensino superior	04	4,7%
Renda média per capita		
Mais que ½ Salário Mínimo	56	65,9%
½ Salário Mínimo	11	12,9%
Menos que ½ Salário Mínimo	18	21,2%

Quando relacionou-se a renda ao estado nutricional (Tabela 5), verificou-se que quanto maior a renda, maior é o IMC, ou seja, pessoas com maior renda apresentaram um maior percentual de sobrepeso e obesidade, onde 57,6% (n=19) dos hipertensos com sobrepeso, 68,4% (n=13) com obesidade grau I, 81,8% (n=9) com obesidade grau II, e 100% dos entrevistados com obesidade grau III, possuíam renda familiar superior a um salário mínimo.

Campos et al. (2006), em seu estudo também verificou que o aumento das chances de sobrepeso e obesidade é proporcional ao aumento da renda domiciliar. Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$), comparando-se os grupos com renda domiciliar entre 5 a 10 salários mínimos e maior que 10 salários mínimos ao grupo com renda domiciliar até 2 salários mínimos.

Em concordância Costa et al. (2007), em seu estudo sobre a prevalência de HA e os fatores associados, detectaram uma associação da renda familiar com o estado nutricional e consequentemente com a HA.

Tabela 5- Distribuição percentual da relação entre estado nutricional e a renda familiar.

ESTADO NUTRICIONAL	RENDA FAMILIAR					
	Menos que 1 SM		1 SM		Mais que 1 SM	
	n	%	n	%	n	%
Desnutrição	0	0	0	0	0	0
Eutrofia	02	10%	10	50%	08	40%
Sobrepeso	01	6,1%	13	39,4%	19	57,6%
Obesidade grau I	02	10,5%	04	21,1%	13	68,4%
Obesidade grau II	0	0	02	18,2%	09	81,8%
Obesidade grau III	0	0	0	0	02	100%

Legenda: SM = Salário Mínimo.

O aumento da longevidade associada a alterações do estilo de vida e de hábitos alimentares possui forte influência no padrão de morbimortalidade. Desta forma, deve-se chamar atenção para o aumento da prevalência do sobrepeso e obesidade. O sobrepeso gera deposição de gordura abdominal e esta possibilita o surgimento de diversas doenças crônicas, como cardiopatia coronária, doenças cardiovasculares, hipertensão, hiperlipidemias, câncer, dentre outras (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

O excesso de peso é responsável por cerca de 20% a 30% dos casos de hipertensão, e 75% e 65% dos homens e mulheres, respectivamente, que apresentam hipertensão, tem o excesso de peso como fator principal no desenvolvimento dessa patologia (MARTINS et al., 2009).

Os principais fatores para o desenvolvimento da obesidade são hábitos alimentares inadequados e inatividade física, provocando alterações significativas no estado nutricional de grande parcela da população mundial, que resulta em fatores como aumento das taxas de colesterol, obesidade e elevação da PA, tornado o indivíduo mais susceptível a desenvolver doenças crônicas não-transmissíveis (BEZERRA et al., 2010).

De acordo com a Figura 1, a maioria dos entrevistados, totalizando 39%, apresentou sobrepeso, 37% apresentaram obesidade, dos quais 22% apresentaram obesidade grau I, 13% obesidade grau II e 2% obesidade grau III, e apenas 24% apresentaram eutrofia. Esses valores também foram semelhantes aos encontrados por Victor et al. (2009), em seu estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da

Família, onde o percentual de sobrepeso foi de 30,4% e o de obesidade foi de 32,2 % dos quais 27,1% eram obesos classe I e 5,1% eram obesos classe II.

A relação entre a obesidade e a HA se dá porque a obesidade eleva o débito cardíaco, o volume sanguíneo e a resistência periférica, sendo também responsável pela disfunção do endotélio, causado pelo aumento da vasoconstrição e diminuição da vasodilatação, ajudando assim no surgimento da HA e de DCV (RAMOS-DIAS et al., 2004).

ESTADO NUTRICIONAL DOS HIPERTENSOS

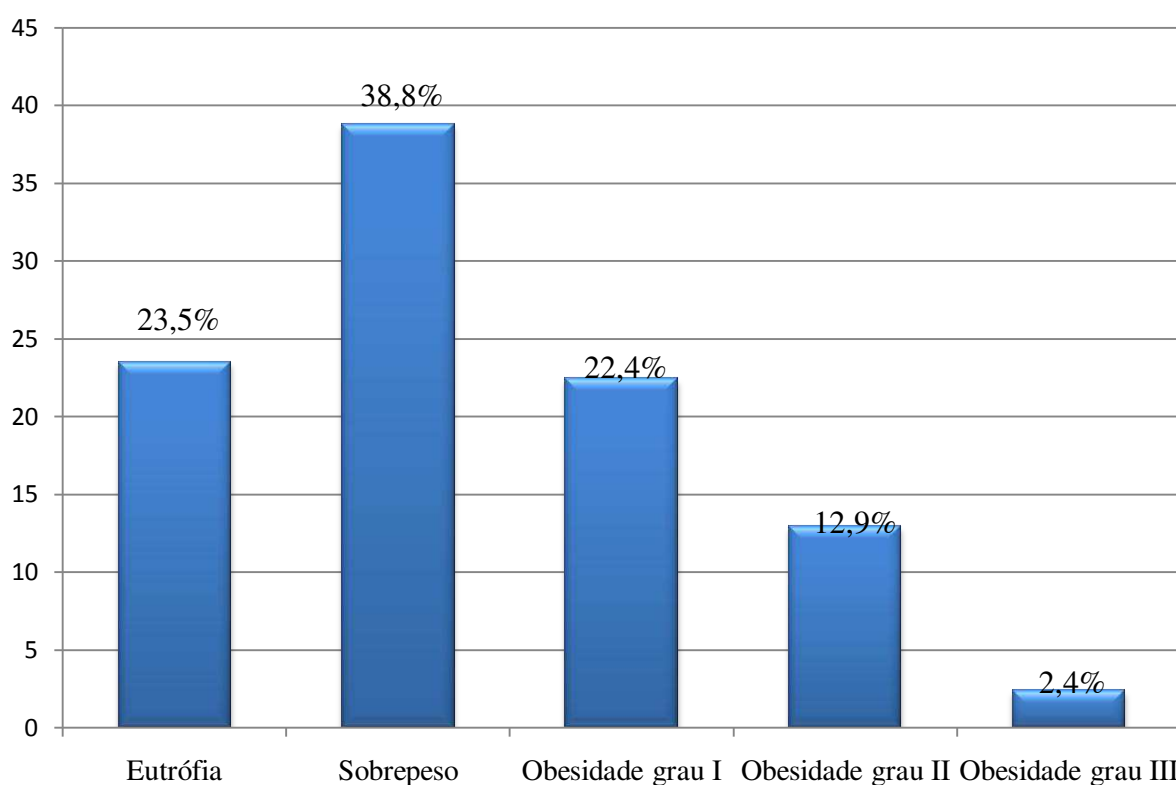


Figura 1- Distribuição percentual do estado nutricional dos portadores de hipertensão da abrangência da UBS Abílio Chacon.

Dentre os diversos fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento e agravamento da hipertensão arterial, destacam-se: tabagismo, etilismo, sedentarismo e o excesso de peso. Esses fatores, quando associados com a hipertensão, contribuem para o surgimento de outras patologias, agravando assim o estado de saúde dos pacientes. Na Tabela 6, estão listados os principais fatores de risco encontrados nos hipertensos entrevistados.

De acordo com os resultados obtidos na pesquisa em relação aos hábitos tabagistas, verificou-se que 14,10% (n=12) dos hipertensos eram fumantes. O trabalho cardíaco, a disfunção do endotélio capilar, a liberação de catecolaminas e a hiper-reatividade vascular

aumentando, e conseqüentemente, a pressão arterial, são reações que ocorrem quando a nicotina presente no cigarro entra em contato com o organismo (MACHADO et al., 2012).

Costa et al. (2009), referem que a maior causa de mortalidade por problemas cardiovasculares do mundo é o tabagismo, sabe-se porém, que a cessação do hábito de fumar não diminui os níveis de pressão arterial, mas o abandono é a medida mais efetiva para a redução dos riscos de agravos cardiovasculares.

Segundo Moreno Junior et al. (2004), o tabagismo contribui para a elevação da PA de 5 a 10 mmHg, além de aumentar de 15 a 20 batimentos cardíacos por minuto na frequência cardíaca dos fumantes.

Hipertensos fumantes apresentam risco duplicado de desenvolver doença arterial coronariana e aterosclerose, sendo também um fator de risco independente para DCV (TEIXEIRA et al., 2006). Os fumantes possuem um risco 10 vezes maior de morte cardíaca súbita quando comparados com não fumantes (CASTRO et al., 2005).

Com relação ao consumo de bebidas alcoólicas entre os entrevistados, o valor apresentado foi baixo, apenas 2,4% faziam o consumo dessas bebidas. O consumo excessivo de álcool é um fator de risco para hipertensos devido ao aumento da pressão arterial em 2 mmHg a cada 30 ml de álcool etílico ingerido. Outro risco é o consumo de bebida alcoólica juntamente com os medicamentos anti-hipertensivos, levando a ineficácia do tratamento, e dessa forma, o aumento de chances desse paciente apresentar crises hipertensivas (MACHADO et al., 2012).

Piati et al. (2009), em seu estudo, constatou que 12% dos hipertensos entrevistados faziam uso de bebidas alcoólicas, destes cerca de 60 % consumiam todos os dias, e 40 % consumiam diariamente.

Segundo Machado e Sichieri (2002), o consumo de bebidas alcoólicas está associado ao surgimento de gordura localizada na região abdominal.

Já com relação aos hábitos de praticar atividade física entre os hipertensos, observou-se que a maior parte dos indivíduos (65,90%) eram sedentários. Ávila et al. (2010) referem à importância da atividade física na saúde, já que a mesma reduz a incidência de hipertensão em indivíduos pré-hipertensos além de reduzir a mortalidade e os riscos de desenvolver doenças cardiovasculares. Existem fortes evidências de que a atividade física diminua a pressão arterial, ajudando em um envelhecimento saudável (COSTA et al., 2009).

Bastos-Barbosa et al. (2012), encontraram em seu estudo sobre a adesão ao tratamento e controle da PA em idosos com hipertensão, um percentual de sedentarismo bem

semelhante, onde mais da metade dos hipertensos não praticavam atividade física, mesmo sendo orientados e sabendo do seu benefício no controle da PA.

O exercício físico contribui para minimizar os fatores de risco cardiovasculares e ajuda na redução da PA, independentemente do peso (BASTOS-BARBOSA, 2012).

Os indivíduos que gastam 2.000 kcal/semana ou mais em atividade física, embora apresentando os fatores de risco como hipertensão, obesidade e fumo, têm as taxas de morte reduzidas de 25% a 35%. Além disso, os gastos adicionais têm pouco ou nenhum efeito na incidência de DCV (COELHO; BURINI 2009). Em estudos realizados, percebeu-se que a associação entre atividade física e a prevalência de hipertensão arterial sistêmica era inversa (MARTINS et al., 2009).

O exercício físico é uma das recomendações do tratamento da hipertensão arterial. Estudos envolvendo 217 pacientes hipertensos de ambos os sexos, mostrou que a prática de exercício físico promoveu sensível efeito na redução dos níveis pressóricos, assim também outros estudos mostram que aqueles indivíduos que praticam exercício físico de forma regular têm uma diminuição do risco em 35% em desenvolver hipertensão arterial quando comparado aos sedentários, onde os praticantes de atividade esportiva moderadamente vigorosa apresentam uma redução de 23% no risco de morte em relação aos que não o fazem (MONTEIRO, FILHO, 2004).

A falta de atividade física é um fator de risco para o desencadeamento do sobrepeso e obesidade, aumenta o ganho de gordura corporal, e leva a um maior risco de desenvolvimento de hipercolesterolemia. O exercício físico age como um fator protetor contra o sobrepeso e a obesidade, pois indivíduos ativos apresentam níveis menores de gordura corporal, e menores chances de desenvolver dislipidemia e DCNT. Um fator importante, que deve ser observado, é que o estado nutricional, muitas vezes condiciona a prática de atividade física, de modo que, pessoas que apresentam obesidade, são menos ativas que pessoas eutróficas, ou seja, esses indivíduos são menos ativos porque são obesos e não necessariamente são obesos porque são sedentários (BARUKI et al., 2006).

De acordo com os resultados da presente pesquisa, 82,4% dos entrevistados apresentaram risco cardiovascular, um número bastante elevado, mas que é justificado pelo grande número de hipertensos com excesso de peso.

A obesidade abdominal está associada à presença de doenças cardiovasculares. A deposição excessiva de gordura visceral na região abdominal, chamada de obesidade androgênica, está associada a um risco maior de eventos coronarianos, diabetes e hipertensão.

A RCQ demonstra ser adequada para estimar a quantidade de gordura abdominal, definindo o risco para doença cardiovascular (PICON et al., 2007).

Outro problema é o consumo excessivo de sódio na dieta, que é um fator de risco independente para doenças cardiovasculares, por elevar os níveis pressóricos. Desse modo, verificou-se que 74,1% (n=64) dos entrevistados eram adeptos de uma dieta com baixa quantidade de sódio, e 25,6% (n=22) não tinha uma dieta hipossódica. Embora a maioria dos hipertensos tenham uma baixa ingestão de sódio, o número que consome uma quantidade inadequada de sódio é bastante relevante, visto que, uma dieta hipossódica é essencial para ajudar no controle da PA.

Os valores encontrados foram semelhantes aos resultados do estudo de Piati et. al. (2009), em que verificaram que 62% realizavam controle alimentar, e a maioria reduziu o consumo de sal da dieta; porém o número de hipertensos que não aderiram a uma dieta hipossódica foi relevante.

Bastos-Barbosa et al. (2012), observou em seu estudo que a ingestão de sódio estimada entre os hipertensos foi maior que a recomendada. Perceberam também que indivíduos que consumiam uma dieta de sódio normal (150 mmol ou menos por dia), relataram evitar o sal e apresentaram um maior nível de controle da PA, quando comparados com os que faziam uma ingestão de sódio maior. Assim, um baixo consumo de sódio é um dos principais fatores que favorecem o controle da PA.

Teixeira et al. (2006), em seu estudo sobre o estilo de vida de pacientes com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde, onde foram entrevistados 220 indivíduos, observaram que cerca de 64% dos hipertensos relataram ter uma dieta hipossódica, e que 8% não reduziam o sódio da dieta.

Um excessivo consumo de sódio eleva o risco de desenvolver hipertrofia ventricular esquerda, além de colaborar no desenvolvimento e aumento da intensidade da HA, uma vez que a sensibilidade ao sal está relacionada a uma maior morbimortalidade (CASTRO et al., 2005).

Alterações nos hábitos de vida de hipertensos configuram-se como uma das maiores dificuldades de adesão ao tratamento, pois requer mudanças de um estilo de vida, mudando muitas vezes a rotina dessas pessoas, e talvez por isso seja ainda tão difícil uma total adesão a hábitos saudáveis (GUEDES et al., 2011).

Tabela 6- Distribuição percentual dos fatores de riscos modificáveis para o agravamento da Hipertensão Arterial entre os entrevistados.

FATORES DE RISCOS QUE CONTRIBUEM PARA O AGRAVAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL		
Variável	N	%
Tabagismo		
Não fumante	73	85,9%
Fumante	12	14,1%
Uso de bebidas alcoólicas		
Sim	2	2,4%
Não	83	97,6%
Sedentarismo		
Sim	56	65,9%
Não	29	34,1%
Risco cardiovascular (RCQ)		
Sim	70	82,4%
Não	15	17,6%
Excesso de Peso (IMC > 25 kg/m²)		
Sim	65	76,5%
Não	20	23,5%
Dieta hipossódica		
Sim	64	74,1%
Não	22	25,9%

Legenda: RCQ = Relação Cintura Quadril; IMC = Índice de Massa Corporal.

De acordo com a Tabela 7, quando foi feita a relação entre o estado nutricional dos hipertensos com o risco cardiovascular, notou-se que 90,9% (n=30) dos entrevistados com sobrepeso, 94,7% (n=18) com obesidade grau I e 100% dos entrevistados com obesidade grau II e III, apresentaram risco cardiovascular, o que já seria previsível; porém, 45% (n=9) dos hipertensos eutróficos, também apresentaram risco cardiovascular, o que nos leva a conclusão que mesmo apresentando um estado nutricional adequado, esses hipertensos apresentam deposição de gordura abdominal, que pode ser explicado pelo alto percentual de sedentarismo entre os hipertensos, pois a falta de atividade física ajuda no acúmulo de adiposidade abdominal.

No estudo realizado por Giachini (2007), avaliando o estado nutricional, níveis de PA e atividade física em adultos atendidos em uma UBS de Itajaí-SC, foi encontrado que 39% da população apresentaram baixo risco para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares e que 61% apresentaram risco aumentado ou muito aumentado.

Piati et al. (2009), encontraram uma elevada prevalência de sobrepeso e obesidade entre os hipertensos entrevistados, e que cerca de 57% apresentavam circunferência da cintura acima dos valores recomendados.

A obesidade abdominal é um fator de risco para o desenvolvimento e agravamento das DCNT e DCV, tais como hipertensão, diabetes mellitus, aterosclerose, dentre outras. Essa gordura abdominal aumenta a pressão intra-abdominal e intra-renal, reduzindo assim o fluxo sanguíneo na medula renal e aumentando a reabsorção de sódio, favorecendo assim a elevação da PA (RAMOS-DIAS et al.,2004).

Tabela 7- Distribuição percentual da relação entre estado nutricional e o risco cardiovascular de acordo com a Relação Cintura/Quadril (RCQ).

ESTADO NUTRICIONAL	RISCO CARDIOVASCULAR			
	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Eutrófico	09	45%	11	55%
Sobrepeso	30	90,9%	03	9,1%
Obesidade grau I	18	94,7%	01	5,3%
Obesidade grau II	11	100%	0	0
Obesidade grau III	02	100%	0	0

Relacionou-se o estado nutricional com a adesão à dieta hipossódica, como mostra a Tabela 8, verificamos que apenas 10% dos hipertensos eutróficos não faziam uso de uma dieta com baixo teor de sódio; porém, esse número foi bem maior em hipertensos com sobrepeso e obesidade, onde 27,3% (n=9) dos hipertensos com sobrepeso, 31,6% (n=6) com obesidade grau I, 36,4% (n=4) com obesidade grau II e 50% (n=1) com obesidade grau III, não faziam o consumo adequado de sódio na dieta. Diante disso, verifica-se que esse resultado pode está relacionado com o consumo de embutidos e alimentos industrializados, visto que esses produtos geram um ganho de peso e possuem uma grande quantidade de sódio.

Whelton et al. apud Bastos-Barbosa (2012) entrevistaram 975 idosos hipertensos e mostraram que a redução da ingestão de sódio e do peso corporal foram intervenções eficazes e seguras na redução da PA.

Um elevado consumo de alimentos industrializados, com altos teores de gordura saturada, açúcar e sal, são os principais causadores do desenvolvimento de obesidade,

problemas hepáticos, DM, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e HA (GRAVINA et al., 2007).

Tabela 8- Distribuição percentual da relação entre o estado nutricional e a adesão à dieta hipossódica.

ESTADO NUTRICIONAL	ADESÃO À DIETA HIPOSSÓDICA			
	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Eutrófico	18	90%	02	10%
Sobrepeso	24	72,7%	09	27,3%
Obesidade grau I	13	68,4%	06	31,6%
Obesidade grau II	07	63,6%	04	36,4%
Obesidade grau III	01	50%	01	50%

Quanto ao estado nutricional e o controle da PA, na Tabela 9 é apresentada a relação entre esses dois fatores, onde podemos ver que o estado nutricional exerce grande influência no controle da PA. Segundo os resultados encontrados, apenas 25% (n=5) dos hipertensos eutróficos não possuíam a PA controlada, e cerca de 63,6% (n=21) dos entrevistados com sobrepeso, 73,7% (n=14) com obesidade grau I, 72,7% (n=8) com obesidade grau II e 100% (n=2) dos hipertensos com obesidade grau III, não apresentam PA controlada.

A pressão arterial exibe uma relação com o ganho ponderal e a diminuição do mesmo promove a redução dos níveis pressóricos (SABRY; SAMPAIO; SILVA, 2002).

Hábitos de vida inadequados favorecem o ganho de peso e indivíduos que apresentam esses hábitos durante a vida adulta tem uma maior probabilidade de, no período senil, apresentarem aumento da PA (BOAVENTURA, 2007).

Segundo Boaventura et al. (2007), a perda de peso é um fator independente que ajuda na redução da PA, contribuindo no controle de alterações metabólicas e na diminuição da hipertrofia cardíaca.

Manter sob controle a PA é um dos principais objetivos do tratamento da HA, porém alguns hipertensos interrompem o tratamento não farmacológico e o farmacológico, muitas vezes, por não apresentarem mais alguns sintomas característicos da patologia, e assim há o aumento da morbimortalidade por DCV e doenças cerebrovasculares (GUEDES et al., 2011).

A incorporação de hábitos de vida saudáveis deve ser estimulada na população hipertensa, uma vez que, mudanças no estilo de vida favorecem a redução comprovada da PA,

além de diminuir o risco de desenvolvimento de outras DCNT, melhorando, dessa forma, a qualidade de vida desses pacientes (LOPES et al., 2013).

Tabela 9- Distribuição percentual da relação entre o estado nutricional e o controle da pressão arterial.

ESTADO NUTRICIONAL	PRESSÃO ARTERIAL CONTROLADA			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Eutrófico	15	75%	05	25%
Sobrepeso	12	36,4%	21	63,6%
Obesidade grau I	05	26,3%	14	73,7%
Obesidade grau II	03	27,3%	08	72,7%
Obesidade grau II	0	0%	02	100%

Percebeu-se também, de acordo com a Figura 2, que houve predominância de Diabetes como patologia associada, representando um percentual de 28,23%, o que se deve tanto aos hábitos alimentares não saudáveis, a falta de atividade física, bem como à predisposição familiar, seguida de dislipidemia e doenças cardiovasculares, onde ambas apresentaram um percentual de 24, 71%.

Quando o IMC atinge níveis superiores a 25 kg/m² e a circunferência da cintura valores está acima de 80 cm para mulheres e superiores a 94 cm para homens, o risco de desenvolver DCNT se eleva, principalmente DCV, HA, DM e dislipidemias (OLIVEIRA et al., 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, a hipertensão arterial é responsável por pelo menos 40% das mortes por AVC, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes mellitus, é responsável por 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

A HA é um fator de risco independente para o desenvolvimento de DCV. Existe uma íntima relação entre morbimortalidade cardiovascular e os níveis tensionais da PA, sendo esta relação mais evidente para o Acidente Vascular Encefálico (AVE), sendo presente também nas doenças coronarianas e na insuficiência renal e cardíaca. A HA aumenta o risco de AVE em sete vezes e o infarto do miocárdio em três vezes (GUEDES et al., 2011).

No Brasil, as comorbidades associadas à hipertensão, como as doenças cardiocirculatórias, geram uma grande demanda de internações e cuidados médicos de grande

custo, como cirurgias, medicamentos caros, exames periódicos, dentre outros procedimentos. Levando em consideração o elevado nível de hipertensos no país, os custos com a saúde são bastante altos (COSTA et al.,2007).

Uma das principais causas de mortalidade na população brasileira, desde os anos 60, são as doenças cardiovasculares, onde cerca de 300 mil brasileiros morrem por ano por causa dessas patologias, sendo os principais fatores de risco identificados nos estudos epidemiológicos, o tabagismo, a obesidade, a HA, o DM, a dislipidemia e o sedentarismo (PETRIBÚ et al., 2009).

Plaster (2006) encontrou que a maioria dos hipertensos entrevistados (75,4%) apresentavam outras patologias associadas à hipertensão, sendo a patologia associada mais prevalente o DM.

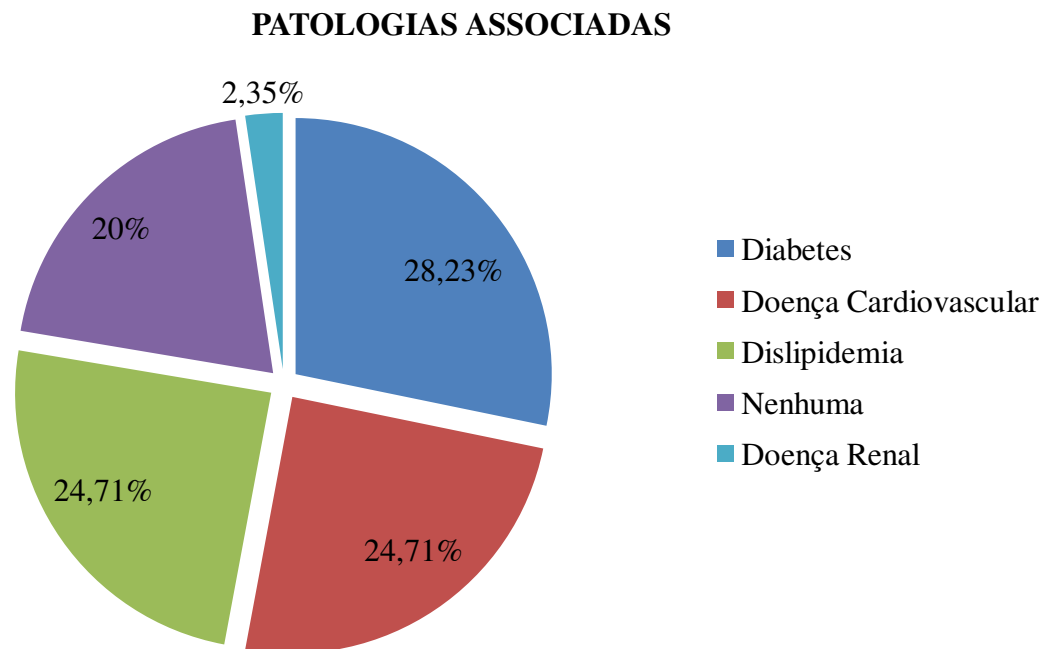


Figura 2-Distribuição percentual dos entrevistados de acordo com patologias associadas ao quadro de hipertensão.

6 Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a oportunidade de identificar a exposição a fatores de risco associados à hipertensão e a relação desses com o estado nutricional dos hipertensos do município de Cuité-PB, avaliando o impacto desses fatores na qualidade de vida da população estudada.

Após a análise dos dados, constatou-se que a maioria da população estudada apresentou sobrepeso e obesidade, e esse estado nutricional inadequado não é só um fator de risco isolado associado à hipertensão, ele está relacionado com outros fatores de risco, ou seja, tanto o excesso de peso exerce influência no desenvolvimento de outros fatores de risco, como também alguns fatores exercem influência no estado nutricional dos hipertensos.

Além deste achado, pôde-se constatar ainda que os hábitos de vida dos entrevistados não favorecem uma boa qualidade de vida aos mesmos, alguns faziam uso de cigarro e bebidas alcoólicas e uma parcela relevante não fazia o consumo de uma dieta hipossódica, havendo também predominância do sedentarismo.

Um estilo de vida saudável, com bons hábitos alimentares e a manutenção do estado nutricional adequado interfere positivamente na maior sobrevivência da população. No entanto, a não adesão ao estilo de vida saudável promove o aumento de fatores de riscos para o desenvolvimento de outras DCNT e para o agravamento da hipertensão. Além disso, o estado nutricional e os inadequados hábitos de vida possibilitam impactos desfavoráveis para o tratamento e o controle eficaz da PA, gerando um agravamento à saúde dos mesmos, uma vez que para controlar a PA, deve-se associar o tratamento farmacológico ao tratamento não farmacológico.

Diante do conhecimento da realidade dos dados epidemiológicos, é possível identificar esses fatores predisponentes e intervir no processo de prevenção e no desenvolvimento dessas doenças. Desse modo, faz-se necessário o planejamento e o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para este segmento populacional, como também intensificar as ações dos programas já existentes, a exemplo do Hiperdia, Saúde na Escola, visitas domiciliares, dentre outras medidas. Sendo interessante que haja um monitoramento nutricional contínuo para estabelecer e direcionar intervenções mais adequadas, visando à modificação de alguns fatores de risco. O controle do tabagismo, do sedentarismo e a redução da obesidade são metas que devem ser pautadas para reduzir os agravos em questão. Para eficácia dessas metas é necessário uma abordagem multiprofissional entre médicos, farmacêuticos, enfermeiros e nutricionistas, com o intuito da promoção da

saúde, visando diagnosticar precocemente os fatores de risco e os eventos cardiovasculares, para assim tratar, informar, recuperar, acompanhar e prevenir as complicações próprias dessas doenças.

Referências

REFERÊNCIAS

AGNOL, R.D. et al. Identificação dos fatores de risco modificáveis, do grau de comprometimento neurológico e do conhecimento a respeito da doença em pacientes internados com AVE. **Conscientia e Saúde**, Passo Fundo, vol. 9, n. 2, p. 253-259, 2010.

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 8. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ÁVILA, A. et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária, **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, vol.17, n.1, p.7-10, 2010.

BALDISSERA, V. D. A.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Adesão ao tratamento não farmacológico entre Hipertensos de um centro de saúde escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol.30, n.1, Porto Alegre, Mar. 2009.

BARUKI, S. B. S.; ROSADO, L. E. F. P. L.; ROSADO, G. P.; RIBEIRO, R. C. L. Associação entre estado nutricional e atividade física em escolares da Rede Municipal de Ensino em Corumbá – MS. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, vol. 12, n. 2, p. 90-94, 2006.

BASTOS-BARBOSA, R. G. et al. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, vol. 9, n.6, p. 36-41, 2012.

BASTOS, M. Get al. Doença Renal Crônica: Problemas e Soluções. **J BrasNefrol**, Juiz de Fora, vol. 26, n. 4, 2004.

BEZERRA, S. T. F; SILVA, L. F.; GUEDES, M. V. C.; FREITAS, M. C. Percepção de pessoas sobre a hipertensão arterial e conceitos de Imogene King. **Rev. GaúchaEnferm.**, Porto Alegre, vol. 31, n. 3, p. 499-507, 2010.

BOAVENTURA, G. A.; GUANDALINI, V. R. Prevalence of arterial hypertension and presence of excess of weight inpatients assisted at naacademical clinic of nutrition in São Carlos` City – São Paulo. **Alim. Nutr.**, Araraquara, vol.18, n.4, p.381-385, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006, p. 58.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006. p. 9-13.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de atenção básica, Brasília, DF, n.37, 2013.

BRITO, E. S.; PANTAROTTO, R. F. R.; COSTA, L. R. L. G. A hipertensão arterial sistêmica como fator de risco ao acidente vascular encefálico (AVE). **J Health Sci Inst.**, Araçatuba, vol. 29, n. 4, p. 265-8, 2011.

BUBACH, S.; OLIVEIRA, E. R. A. Associação Entre o Controle da Pressão Arterial e o Estado Nutricional em Hipertensos. **Rev. enferm.**, Rio de Janeiro, vol. 19, n.3, p. 415-9, 2011.

CAMPOS, M. A. G.; PEDROSO, E. R. P.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E. A.; ABRANTES, M. M. Estado nutricional e fatores associados em idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, vol.52, n.4, p.214-221, 2006.

CASTRO, M. E; ROLIM, M. O. R; MAURICIO, T. F. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paul Enfermagem**, vol.18, n. 2, p:184- 9, 2005.

COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Revista de Nutrição**, vol.22, n.6, p. 937-946, 2009.

COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: um Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, vol. 88, n.1, p.59-65, 2007.

COSTA, M. F. F. L., et. al. Comportamento em saúde entre idosos hipertensos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol.43, n.2, 2009.

DUMMER, C. D.; THOMÉ, F. S.; VERONESE, F. V. Doença renal crônica, inflamação e aterosclerose: novos conceitos de um velho problema. **RevAssocMedBras**, Porto Alegre, vol. 53, n. 5, p. 446-50, 2007.

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, vol.23, n.6, p. 782-787, 2010.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

GIACHINI, R. M. **Estado nutricional, níveis de pressão arterial e atividade física em adultos atendidos por equipe de Estratégia da Saúde da Família de Itajaí-SC**. 2007. 77 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale de Itajaí, Itajaí, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOUVEIA, C. et al. Atividade física e sedentarismo em adolescentes escolarizados do conselho de Lisboa. **Acta Pediatr. Port**, Lisboa, Portugal, vol.38, n.1,p.7-12, mar.2007.

GRAVINA, C. F; GRESPAN, S. M; BORGES, J.L. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, vol. 14, n1, p:33-36, 2007.

GUEDES, M. V. C. *et al.* Barreiras ao tratamento da hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem-REBEN**, Brasília, vol. 64, n.6, p. 1038-1042, 2011.

GUS, I.; FISCHMANN, A.; MEDINAC. Fatores de risco da doença arterial coronariana. **ArqBrasCardiol**, Porto Alegre, vol. 78, n. 5 p. 478-83, HALPERN, A.; MANCINI, M. C. O tratamento da obesidade no paciente portador de hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertens.**, vol. 7, n. 2, São Paulo, 2000.

HOWLAND, R.D; MYCEK. **Farmacologia Ilustrada**. 3. Ed. São Paulo: Artmed, 2006.

JARDIM, P. C. B. V. et.al Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, vol. 88, n.4, p. 452-457, 2007.

LIMA, A. S.; ARAÚJO, R. C.; GOMES, M. R. A.; SCHWINGEL, P. A.; PITANGUI, A. C. R.Prevalência de hipertensão e sua associação com excesso de peso e atividade física em adolescentes. **ABCS Health Sci.**, vol. 39, n.2, p. 83-87, 2014.

LOPES, E. M.; Oliveira, E. A. R.; Lima, L. H. O.; Formiga, L. M. F.; Freitas, R. M. Interações fármaco-alimento/nutriente potenciais em pacientes pediátricos hospitalizados.**RevCiêncFarm Básica Apl.**, vol.34, n.1, p.131-135, 2013.

LUQUE, M.C.A. **Papel de CD 100 na patogênese da Aterosclerose**. 2010. 195f. Tese (Doutorado em Ciências)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; LOBAO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência e saúde coletiva**, vol.17, n.5, p. 1357-1363, 2012.

MACHADO, P. A. N.; SICHIERI, R. Relação cintura-quadril e fatores de dieta em adultos. **Revista de Saúde Pública**, vol. 36, n. 2, p:198-204, 2002.

MAGRINI W.; MARTINI G. U. E. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na Estratégia de Saúde da Família. **Enferm. Glob**, vol.11, n.26, 2012.

MALACHIAS, M. V. B. et al. Tratamento não medicamentoso e abordagem multiprofissional. **J. Bras. Nefrol**, vol. 32, n. 1, São Paulo, 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARIATH, A. B., et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 4, p.897-905, 2007.

MARTINS, L. C. G., et al. Nível de atividade física em portadores de hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.17, n.4, p. 462-467, 2009.

MARTINS, M. C. C. et al. Pressão Arterial, Excesso de Peso e Nível de Atividade Física em Estudantes de Universidade Pública. **Arq. Bras. Cardiol**, vol. 95, n.2, p. 192-199, 2010.

MEDEIROS, C. C. M.; BESSA, G.G.; COURA, A. S.; FRANÇA, I. S. X.; SOUSA, F. S. Prevalência dos fatores de risco para diabetes mellitus de servidores públicos. **Rev. Eletr. Enf.**, vol. 14, n. 3, p. 559-69, 2012.

MENDONÇA, L. B. A.; LIMA, F. E. T.; BARBOSA, I. V.; BRITO, M. E. M.; OLIVEIRA, S. K. P.; CUNHA, L. G. P. Estudo descritivo dos fatores de risco para hipertensão arterial entre vítimas de acidente vascular encefálico. **Online braz. J. nurs.**, vol. 10 , n. 3, 2011.

MIRANDA, J.A. D; MARTINEZ, D. G; LATERZA, M. C. Efeitos do treinamento físico na obesidade. **Rev. Soc. Cardiol**, São Paulo, vol. 21, n.1, p. 3-6, 2011.

MOLINA, M. C. B. et al. Sensibilidade e especificidade no diagnóstico de hipertensão por diferentes métodos. **Rev. Saúde Pública**, vol.45, n.5, p. 837-44, 2011.

MOLINA, M. C. B.; CUNHA, R. S.; HERKENHOFF, L. F.; MILL, J. G. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**, vol.37, n.6 p.743-50, 2003.

MONTEIRO, M. F.; FILHO, D. C. S. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Recife, vol. 10, n. 6, 2004.

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

OLIVEIRA, A. F. C.; NOGUEIRA, M. S. Obesidade como fator de risco para a hipertensão entre profissionais de enfermagem de uma Instituição Filantrópica. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, vol.44, n.2, p. 388-94, 2009.

OLIVEIRA, L. D. C. **Influência da Suplementação de Ácido Retinóico no Processo de Remodelação Cardíaca Induzida pela Exposição à Fumaça do Cigarro em Ratos**. 2009. 62f. Dissertação (Mestrado em fisiopatologia em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, São Paulo, 2009.

OLIVEIRA, K. P. C.; VIEIRA, E. L.; OLIVEIRA, J. D.; OLIVEIRA, K. R.; LOPES, F. J. G.; AZEVEDO, L. F. Exercício aeróbio no tratamento da hipertensão arterial e qualidade de vida de pacientes hipertensos do Programa de Saúde da Família de Ipatinga. **Rev. Bras. Hipertens.**, Belo Horizonte, vol. 17, n. 2, p. 78-86, 2010.

OLBRICH, S. R. L. et al. Sedentarismo: prevalência e associação de fatores de risco cardiovascular. **Ver. Ciênc. Ext.**, Botucatu, vol. 5, n. 2, p. 30-41, 2009

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Nota Informativa:**Enfermidades cardiovasculares, 2011.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 15, n.1, p. 35 – 45, 2006.

PETTRIBÚ M. M. V.; CABRAL P. C.; ARRUDA I. K. G. Estado nutricional, consumo alimentar e risco cardiovascular: um estudo em universitários. **Rev. Nutr.**, Campinas, vol. 22, n. 6, 2009.

PIATI, J.; FELICETTI, C. R.; LOPES, A. C. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. **Rev. Bras.**

Hipertens.,vol.16, n.2, p. 123-129, 2009.

PICON, P. X.; LEITÃO, C. B. ; GERCHMAN, F.; AZEVEDO, M. J.; SILVEIRO S. P.; GROSS, J. L.; CANANI, L. H. Medida da Cintura e Razão Cintura/Quadril e Identificação de Situações de Risco Cardiovascular: Estudo Multicêntrico em Pacientes Com Diabetes Melito Tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, vol. 51,n. 3, 2007.

PINTO, I. C.G.P. **A relação entre Doença Cardiovascular e seus fatores de risco**. 2008. 119f. Dissertação (Mestrado em Prevenção e Reabilitação Cardiovascular)- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal.

PLASTER, W. **Adesão ao tratamento da hipertensão arterial por idosos usuários da Unidade Básica de Saúde Princesa Isabel em Cocal-RO**. 2006. 100f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Goiânia, 2006.

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

REINHARDT F. ZIULKOSKI A. L. ANDRIGHETTI, L. H. PERASSOLO, M. S. Acompanhamento farmacoterapêutico em idosos hipertensos residentes em um lar geriátrico, localizado na Região do Vale dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro. vol.15, n.1, p.109-117. 2012.

RIBAS, M. T. G. O. Estado nutricional e hipertensão arterial: ensaio de análise socioespacial no bairro Capão da Imbuia – Curitiba (PR). **Geografias ARTIGOS CIENTÍFICOS**, Belo Horizonte, vol. 02, n. 2, p. 96-120, 2006.

RIBEIRO, A. G. et al. Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.21, n.1, p. 87-112, 2011.

SABRY, M. O. D.; SAMPAIO, H. A. C.; SILVA, M. G. C. Hipertensão e obesidade em um grupo populacional no Nordeste do Brasil. **Revista de Nutrição**, vol. 15, n. 2, p.139-147, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras De Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, vol. 17, n. 1, p. 22-40 2010.

TEIXEIRA, E. R.; LAMAS, A. R.; COSTA, J. S.; MATOS, R. M. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Esc Anna Nery REnfermagem**, vol.10, n.3, p: 378 – 84, 2006.

ULBRICH, A. Z. et al. Probabilidade de hipertensão arterial a partir de indicadores antropométricos em adultos. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, vol.56, n.6, 2012.

VICTOR, J. F.; XIMENES, L. B.; ALMEIDA, P. C.; VASCONCELOS, F. F. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Actapaul.enferm.**, São Paulo, vol. 22, n. 1, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. **Report a WHO Consultation on Obesity**. Genebra, 1998.

Apêndices

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO



Universidade Federal
de Campina Grande

I. DADOS PESSOAIS

NOME:		
ENDEREÇO:		
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO: M () F ()
ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:	
ESCOLARIDADE: () não alfabetizado () ensino fundamental () ensino médio () superior incompleto () superior completo		
RENDA MÉDIA:	Nº DE PESSOAS QUE RESIDE NO DOMICÍLIO:	

II. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E NUTRICIONAL

Peso:	Altura:	IMC:	Estado nutricional:
PTmin:		PT méd:	PT máx:
Cintura:		Classificação:	
Perda de peso nos últimos meses: () Sim () Não Quantos kg? _____			
Tipo:		Frequência:	Duração:
Quadril:	RCQ:	Classificação:	
PCT:	Classificação:		
CB:	Classificação:		
TMB:			
VET:			

III. SOBRE OS HÁBITOS DE VIDA

Faz uso de bebidas alcoólicas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Com que frequência: <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> < 2 vezes/semana <input type="checkbox"/> ≥ 2 vezes/semana	
Faz uso de cigarro: <input type="checkbox"/> não-fumante <input type="checkbox"/> ex-fumante <input type="checkbox"/> fumante	Quantos cigarros/dia:
Pratica atividade física: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> apenas caminhada <input type="checkbox"/> outros exercícios. Qual:	
Com que frequência: <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> < 2 vezes/semana <input type="checkbox"/> ≥ 2 vezes/semana	

IV. SOBRE A DOENÇA

P.A.:	Há quanto tempo diagnosticou a doença:
P.A. controlada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Há quanto tempo:
Já fez alguma cirurgia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Há quanto tempo:
Tem outras patologias associadas: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença renal <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Problema cardiovascular. Qual: _____ <input type="checkbox"/> Outra. Qual: _____	
Antecedentes familiares: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença renal <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Problema cardiovascular. Qual: _____ <input type="checkbox"/> Outra. Qual: _____	

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre e está sendo desenvolvida por Polyana da Silva Macêdo, aluna de Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), sob a orientação da Professora Camila Carolina.

Objetivos do estudo:

Avaliar os fatores de risco associados à hipertensão e sua relação com o estado nutricional de pacientes hipertensos atendidos em uma UBS do município de Cuité-PB.

Para tanto, V. Sa. disponibilizar-se-á a responder algumas perguntas que envolvem sua vida (idade, sexo e, escolaridade). E será necessária a realização da aferição de suas medidas antropométricas para que seja traçado o seu estado nutricional para posteriores análises pertinentes.

Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

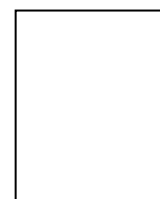
Solicitamos a sua colaboração na execução desta pesquisa, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

Assinatura da Testemunha



Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) Pesquisador (a) Polyana da Silva Macêdo. Endereço (Setor de Estudo): Universidade Federal de Campina Grande. Olho D'água da Bica, S/nº. Cuité/ PB. Telefone: (83) 9624-6205

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante