



Conhecimento dos pacientes com hipertensão arterial sobre a quantidade de sódio presente nos alimentos

Knowledge of the patients with arterial hypertension about of amount of sodium present in foods
Conocimiento de los pacientes con hipertensión arterial acerca de la cantidad de sódio presente en los alimentos

Daniela Fortes Neves Ibiapina¹, Alessandra Nascimento Santos², Layenne Nathanna Rodrigues de Oliveira³

PESQUISA

RESUMO

Este estudo objetivou verificar o conhecimento dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica assistidos pela Estratégia Saúde da Família de Teresina-PI, sobre a quantidade de sódio presente nos alimentos. Estudo transversal, quali-quantitativo, de natureza descritiva com 150 participantes. Aplicou-se um questionário, e utilizou-se o programa SPSS para análise dos dados. Observou-se que 64% dos participantes são do sexo feminino; idade média de 55,8 anos; raça negra com 41,3%; 62,7% casados; 89,3% tinham filhos; 30,7% do lar; 39,3% ensino médio; 72% com renda acima de 01 salário mínimo; 89,3% usam medicação; 56,1%. Os participantes da pesquisa não conhecem a quantidade verdadeira de sódio presente nos alimentos, o que representa um risco no tratamento e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Descritores:** Hipertensão arterial. Sódio. Alimentos.

ABSTRACT

The objective was to verify the knowledge of patients with Arterial Hypertension Systemic assisted by a Family Health Strategy of Teresina-PI, on the amount of sodium present in food. Cross-sectional study, qualify-quantitative of descriptive nature. Sample of 150 participants. A questionnaire was applied. Sample of 150 participants. A questionnaire was applied there was used program SPSS for data analysis. It was observed that 64% are of the feminine sex; mean age 55,8% years; black race 41,3 %; 62,7 % was married; 89,3 % had children; 30,7% of home; 39,3% teaching school; 72 % receives above 01 minimum wage; 89,3 % uses medication; 56,1% don't not know the amount true of sodium present in food, which represents a risk for in the treatment and control of the Arterial Hypertension Systemic. **Descriptors:** Arterial hypertension. Sodium. Food.

RESUMEN

El objetivo era comprobar el conocimiento de los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica observados por una Estrategia Salud de la Familia de Teresina-PI, acerca de la cantidad de sódio en la comida. Estudios transversales, cuali-cuantitativo de caracter descriptivo. Muestra de 150 participantes. Se aplicó un cuestionario. Se utilizó el programa SPSS para el análisis de los datos. Se observó que 64% son mujeres; edad media de 55,8 años; negro con 41,3%; 62,7% eran casados; 89,3% con hijos; 30,7% de casa; 39,3% la secundaria; 72% gañan encima de 1 salário mínimo; 89,3% ten el uso de medicamentos; 56,1% participantes en la investigación no conocen la cantidad verdadero de sódio presente en la alimentación, el que representa riesgo en lo tratamiento y controle de la Hipertensión Arterial Sistémica. **Descritores:** Hipertensión arterial. Sódio. La comida.

¹ Nutricionista. Mestranda em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. Docente da Faculdade Santo Agostinho do Curso de Nutrição e Enfermagem. E-mail: daniela.fortes@hotmail.com

² Graduando de Nutrição da Faculdade Santo Agostinho.

³ Graduando de Nutrição da Faculdade Santo Agostinho.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como uma pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mm Hg e uma pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso da medicação anti-hipertensiva. De acordo com os valores que a pressão arterial se apresenta, ela é classificada em Estágio 1 (PAS: 140-159 mmHg; PAD: 90-99mmHg) e Estágio 2 (PAS maior ou igual a 160 mmHg; PAD maior ou igual a 100 mmHg). A HAS é um problema de saúde pública no mundo e no Brasil e uma doença de grande proporção em termo socioeconômico e de qualidade de vida. É considerada um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% dos óbitos por acidente vascular cerebral, por 25% dos óbitos por doença arterial coronariana e, 50% dos óbitos são por diabete e insuficiência renal terminal (LOPES; MARCON, 2009).

No Brasil, em 2006, ocorreram 302.682 óbitos por agravos do aparelho circulatório, correspondendo a 29,4% do total de mortes. Destaca-se ainda, como uma doença altamente prevalente, com índices que variam de 22% a 44% dos casos (SERAFIM; JESUS; PIERIN, 2010). A HAS por ser considerada como principal fator de risco para diversas Doenças Cardiovasculares (DCV). Seu diagnóstico precoce vem sendo enfatizado como importante estratégia de saúde pública (CHRISTOFARO et al., 2011).

Os fatores de risco que contribuem para a HAS são a obesidade, ingestão de bebida alcoólica, sedentarismo e tabagismo. O sobrepeso e a obesidade é um fator predisponente para a hipertensão arterial, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos; e 75% dos homens e 65% das mulheres adoecem com hipertensão diretamente

Conhecimento dos pacientes com hipertensão...

relacionada com o excesso de massa corporal. A adesão ao tratamento da HAS é um desafio tanto para o paciente quanto para os profissionais, e a importância da atuação eficaz de uma equipe multidisciplinar de saúde é notório. Estratégias de intervenção permanentes devem ser ampliadas, estimulando as pessoas a mudanças no estilo de vida e tratamento correto (SERAFIM; JESUS; PIERIN, 2010).

O monitoramento da saúde dos indivíduos e da família são ações envolvidas para o controle e prevenção da HAS. A participação da família é uma das propostas para o auxílio no tratamento desta doença, principalmente, o acompanhamento dos membros no auxílio relacionado a mudanças de hábitos e a adesão deste paciente ao tratamento dietético. Fator este importante para a saúde pública, e para os membros sadios que implicará como prevenção deste agravo (LOPES; MARCON, 2009).

Estima-se que, entre 25 e 55 anos de idade, uma diminuição de apenas 1,3 g na quantidade de sódio consumida diariamente se traduziria em uma redução de 20% na prevalência de hipertensão arterial. Além disso, haveria também substanciais reduções na mortalidade por acidentes vasculares cerebrais (14%) e por doença coronariana (9%), representando 150 mil vidas salvas anualmente em todo o mundo (IGNÁCIO et al, 2013).

Existem estudos e questionamentos, se as pessoas com HAS estão devidamente informadas sobre a influência de hábitos e estilos de vida inadequados para o tratamento da hipertensão arterial. Evitá-los são medidas indispensáveis ao tratamento não medicamentoso, e o primeiro passo é identificar conhecimentos que possuem sobre o assunto (SERAFIM; JESUS; PIERIN, 2010).

O profissional nutricionista assume o desafio de promover uma educação nutricional eficaz, com ações que tragam mudanças nos

hábitos alimentares dos indivíduos e de suas famílias. É relevante destacar que na primeira publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS), foi abordado especificamente o tema da educação nutricional, fazendo alusão sobre a importância do ensino de bons hábitos alimentares para as populações. Destaca-se ainda quando se propõe a articulação do campo da alimentação e nutrição, a promoção da saúde que é exatamente o tema da educação nutricional (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

Neste contexto, o nutricionista tem papel fundamental na promoção e orientação quanto à alimentação adequada para pessoas com hipertensão arterial, estimulando hábitos de vida saudáveis. Este estudo tem como objetivos verificar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos assistidos pela Estratégia Saúde da Família nº 147 sobre a quantidade de sódio presente nos alimentos e conhecer o perfil sócio demográfico desses pacientes.

REFERENCIAL TEÓRICO

Definição e prevalência da Hipertensão Arterial

A Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) é uma doença com procedência de inúmeros fatores, caracterizada pela elevação dos níveis pressóricos arteriais, ou seja, a partir de 135 mmHg para a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e 85mmHg para a Pressão Arterial Diastólica (PAD), possibilitando distúrbios cardiovasculares e metabólicos podendo levar à alterações funcionais e/ou estruturais de muitos órgãos, especialmente coração, cérebro, rins e vasos periféricos (SANTOS; LIMA, 2008).

A HAS é uma enfermidade crônica não transmissível, relevante problema de saúde pública devido às suas implicações socioeconômicas. Apresenta um alto índice de prevalência e de mortalidade no mundo; é uma

Conhecimento dos pacientes com hipertensão...

enfermidade que se apresenta de forma isolada ou está associada à gravidade de várias doenças; devido seu caráter crônico e incapacitante provoca aposentadorias precoces, extenso período de internação, elevado custo para o tratamento, alterações na autoestima e autoconceito do indivíduo; contribui para grande morbimortalidade da doença. Diante disso é indispensável a prevenção e o controle da hipertensão arterial e que a variedade de fatores de risco relacionados à doença sugere mudanças de estilo de vida (PIRES; MUSSI, 2012).

A população acometida pela HAS, no Brasil, está estimada em cerca de 10% a 20%, representando cerca de 15 a 30 milhões de brasileiros (SARAIVA et al, 2007). Segundo o Ministério da Saúde (MS), o Brasil tem 17 milhões de pessoas com HAS e 35% delas têm mais de 40 anos; estima-se também que 4% das crianças e dos adolescentes sejam hipertensos. O governo reconhece o baixo índice de controle dessa doença, devido a sua evolução, que no início é assintomática; também ao diagnóstico e tratamento, muitas vezes negligenciado e a baixa adesão dos pacientes ao tratamento. Considera-se de extrema importância a detecção e tratamento precoce dessa patologia para minimizar suas complicações (SOUZA; FRANÇA, 2008).

Fatores de risco da Hipertensão Arterial

Os fatores de risco associados à Hipertensão Arterial Sistêmica considerados não modificáveis são a idade, sexo, etnia, fatores socioeconômicos e pré-disposição genética; dentre os modificáveis, temos o estilo de vida inadequado que está diretamente relacionado à maior prevalência dessa doença. Torna-se fundamental para prevenção e tratamento da HAS a mudança de estilo de vida, adotando-se dieta hipocalórica, redução do peso, prática de atividade física,

redução da ingestão de bebida alcóolica e sal (OLIVEIRA et al, 2012).

Ainda como fatores modificáveis observam-se o sedentarismo, sobrepeso/obesidade, consumo de alimentos insalubres (ingestão elevada de sal, gordura animal, preferência por carboidratos simples e complexos, ingestão diária acima de 100 ml de café ou de bebidas que contém cafeína, uso abusivo de álcool, estresse não gerenciado e tabagismo) (SANTOS; LIMA, 2008). O consumo de sal eleva o risco de desenvolvimento de hipertrofia ventricular esquerda, além de possibilitar o desenvolvimento e o aumento da hipertensão arterial; a sensibilidade ao sal está associada à mortalidade (PIATI; FELICETTI; LOPES, 2009).

Atualmente, também são associados o consumo de potássio, cálcio e magnésio, podendo ocorrer o aumento progressivo dos níveis pressóricos com a idade. São conhecidos os efeitos benéficos de uma dieta saudável (rica em frutas e vegetais e pobre em gorduras) sobre o comportamento dos níveis pressóricos (OLIVEIRA et al, 2012). Os fatores genéticos e ambientais são igualmente importantes na determinação da pressão arterial ao longo da vida, pois a relação entre fatores genéticos e ambientais inicia-se ainda no período gestacional (COSTA; MACHADO, 2010).

A ausência de sintomas na HAS é um dos fatores que dificulta a adesão, pois apenas metade das pessoas que sofre de hipertensão arterial não tem conhecimento da doença, por não apresentarem sintomas. Estas pessoas podem ter alteração na Pressão Arterial (PA) e, em conjunto, hábitos e comportamentos de saúde que favoreçam a permanência aumentada dessa pressão (SANTOS; LIMA, 2008).

Diagnóstico da Hipertensão Arterial

Para o diagnóstico de HAS, os exames mais solicitados são a mensuração da PA e teste ergométrico. Segundo as IV Diretrizes de Hipertensão Arterial, a medida da PA é a melhor forma para o estabelecimento do diagnóstico desta doença e a avaliação da eficácia do tratamento. O exame de urina, creatinina e potássio sérico, colesterol total, glicemia em jejum e eletrocardiograma de repouso também são testes para avaliação da HAS (MONTEIRO et al., 2010). A recomendação da medida da pressão arterial é anual e deve ocorrer a partir dos três anos de idade. Além da avaliação habitual em ambulatório, sugere-se a medida rotineira da pressão arterial (PA) na escola (COSTA; MACHADO, 2010).

Tratamento e prevenção da Hipertensão Arterial

Dos hipertensos que iniciam o tratamento, de 16% a 50% desistem da medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso. O impacto desses dados explica a prioridade dos profissionais de saúde em ampliar estratégias que beneficiem o paciente com hipertensão arterial a permanecer seguindo um determinado tratamento adotado, seja ela farmacológica ou não farmacológica (SARAIVA et al, 2007).

Um estilo de vida saudável inclui a prática regular da atividade física, o controle do peso, a alimentação saudável, consumo moderado de álcool, o desuso do tabagismo e o gerenciamento do estresse. Portanto, a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a mudanças no estilo de vida, para fins de prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS, através de hábitos e atitudes saudáveis (SANTOS; LIMA, 2008).

A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto à ingestão diária do sal,

para adultos, é no máximo 5g equivalendo a 2.000 mg de sódio. Muitas evidências relacionam o consumo excessivo de sal ao desenvolvimento de doenças crônicas (NÍLSON; JAIME; RESENDE, 2012).

A prática de exercícios físicos aeróbicos deve ser realizada com intensidade baixa à moderada, com duração de 30 a 60 minutos, e no mínimo três vezes por semana. É considerado um tratamento não medicamentoso muito efetivo para controle da pressão arterial (PIATI; FELICETTI; LOPES, 2009).

A importância do Nutricionista para uma Alimentação Saudável

O alimento tem reconhecimento e importância para a promoção da saúde ou tratamento de doenças desde o século V a.C. Nutrição e Alimentos são temas dos mais discutidos atualmente, em todo o mundo, tanto nos meios de comunicação social como na literatura científica, sob o aspecto da sua quantidade e/ou qualidade (FERREIRA, 2009).

A alimentação saudável é atualmente uma preocupação universal. Vários estudiosos em saúde humana e animal, na ciência dos alimentos, governantes, organizações internacionais e a indústria de alimentos devem direcionar seus estudos objetivando gerar informações alimentares importantes e disponibilizar alimentos confiáveis para viabilizar uma dieta saudável que alcance toda a população, e proporcioná-la um ambiente adequado favorecendo bons hábitos de vida, diminuindo os agravos de uma alimentação inadequada (FERREIRA, 2009).

O estado nutricional e a situação alimentar dos indivíduos e populações têm determinação complexa e de distintas características. O nutricionista é o profissional de saúde que objetiva promover a alimentação saudável e o bom estado nutricional, dentre outras atribuições. A forma como esse profissional se posiciona em

R. Interd. v.6, n.4, p.75-85 , out.nov.dez. 2013

Conhecimento dos pacientes com hipertensão...

relação a esses determinantes e a habilidade que tem em atuar nos mesmos, podem contribuir para a qualidade de vida da população (RECINE et al, 2012).

A superação dos problemas alimentares e nutricionais, objetivo da prática do nutricionista, demanda uma série de políticas articuladas numa agenda única de nutrição com o enfoque da promoção da alimentação saudável. Em sua formação educacional, o nutricionista precisa desenvolver conhecimentos, competências e habilidades para atuar em políticas e programas visando à promoção da saúde em âmbito local, regional e nacional. Além de reconhecer a saúde e a alimentação como direitos, de modo que sua atuação garanta a integralidade da atenção à saúde (RECINE et al, 2012).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, observacional, de caráter quali-quantitativo, de natureza descritiva. A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde do Bairro Porto Alegre, Zona Sul, na cidade de Teresina-PI. O local foi escolhido por estar implantada a Estratégia Saúde da Família, possibilitando o andamento do referido estudo.

A pesquisa foi realizada com adultos e idosos apresentando hipertensão arterial, assistidos pela Equipe Saúde da Família (ESF) nº 147. Foram incluídos no estudo os pacientes maiores de 20 anos com HAS atendidos pela referida equipe. Foram excluídos do estudo os indivíduos menores de 20 anos, pacientes com hipertensão arterial portadores de problemas mentais e aqueles que não aceitaram participar da pesquisa, não assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A população de hipertensos que participa do programa HIPERDIA (hipertensão e diabetes) é de 215 pacientes e a amostra do estudo foi composta por 150 pacientes (70% da população).

Os dados foram coletados no período de outubro de 2013. Como instrumento de pesquisa utilizou-se um questionário desenvolvido para o estudo, com perguntas fechadas sobre dados sócio demográficos: sexo, faixa etária, etnia, estado civil, número de filhos, escolaridade, profissão, renda familiar, se faz uso de medicação anti-hipertensiva e sobre a quantidade de sódio presente nos alimentos (escala com pouca, média, muita concentração).

Os dados foram analisados em novembro de 2013, de acordo com a proposta quantitativa do estudo. Foi criado um banco de dados no SPSS, versão 20.0 para Windows, em seguida foram realizadas as análises estatísticas, neste software. Para as análises descritivas construíram-se tabelas de frequência.

A quantidade de sódio presente nos alimentos foi estabelecida de acordo com a Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (TACO) do Ministério da Saúde e a Classificação da Quantidade de Sódio presente nos alimentos. Foram selecionados 38 alimentos, com base no maior consumo, identificando a quantidade de sódio a cada 100 mL do alimento pela TACO e comparada com a Tabela de Classificação (pouco, médio, muito).

O projeto foi encaminhado à Coordenação do Centro de Saúde do Bairro Porto Alegre, solicitando avaliação e autorização para realização da pesquisa, sendo assinado o Termo de Consentimento da Instituição. Posteriormente, foi submetido à aprovação da Plataforma Brasil, segundo a Resolução CNS 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, seguindo todos os preceitos éticos exigidos para o seguimento no desenvolvimento do estudo, com o CAAE de número 20824713.0.0000.5602. Cada participante da pesquisa recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo este assinado, para que pudesse autorizar sua participação. Foi R. Interd. v.6, n.4, p.75-85 , out.nov.dez. 2013

Conhecimento dos pacientes com hipertensão...

garantida a confidencialidade, o anonimato e a não utilização das informações em prejuízo dos outros; os riscos para o participante da pesquisa foram mínimos, houve apenas um pequeno desconforto no preenchimento do questionário; os dados foram utilizados somente para fins previstos, havendo retorno para o local da pesquisa, por meio da confecção de banner com os resultados do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Conforme Tabela 1, 64% (96) são do sexo feminino e 36% (54) do sexo masculino. Quanto a idade, a média é de 55,8 anos, com desvio padrão de 12,1 anos. A idade mínima e máxima da amostra foi de 24 e 91 anos, respectivamente. Em relação a etnia, 41,3% (62) são negras, 37,3% (56) são pardas, 20,7% (31) são brancas e 0,7% (1) é indígena. A maioria dos participantes da amostra é casado (a) (62,7%), seguidos de viúvo (a) (16,7%) e solteiro (a) (14,7%). Do total de participantes da amostra 89,3% (134) tem filho (os), destes, a média é de 3,1 filhos, tendo mínimo e máximo de filhos por participantes de 1 e 14, respectivamente.

Tabela 1. Perfil sócio demográfico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica assistidos pela ESF. Teresina (PI), 2013

Variáveis	N	%	Média ± (DP)	Mínimo	Máximo
Sexo					
Masculino	54	36,0			
Feminino	96	64,0			
Total	150	100,0			
Idade					
			55,8 ± 12,1	24	91
Etnia					
Branca	31	20,7			
Parda	56	37,3			
Negra	62	41,3			
Indígena	1	0,7			
Total	150	100,0			
Estado civil					
Solteiro	22	14,7			
Casado	94	62,7			
União estável	3	2,0			
Divorciado/separado	6	4,0			
Viúvo (a)	25	16,7			
Total	150	100,0			
Tem filho					
Não	16	10,7			
Sim	134	89,3			
Total	150	100,0			
Número de filhos			3,1 ± 2,3	1	14

Fonte: Estratégia Saúde da Família, Teresina (PI)

Na tabela 2, quanto à escolaridade, a maior parte (39,3%) tem ensino médio completo e apenas 4,7% tem ensino superior. As profissões mais prevalentes foram: do lar (30,7%) e aposentado (a) (28%). Tem-se que 72% (108) tem renda acima de um salário mínimo e 28% (42) com até um salário mínimo.

Tabela 2. Perfil sócio demográfico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica assistidos pela ESF. Teresina (PI), 2013

Variáveis	N	%	Média ± (DP)	Mínimo	Máximo
Escolaridade					
Não alfabetizado	12	8,0			
Ens. fund. incompleto	50	33,3			
Ens. fund. completo	4	2,7			
Ens. méd. incompleto	13	8,7			
Ens. méd. completo	59	39,3			
Ens. Sup. Incompleto	5	3,3			
Ens. Sup. completo	7	4,7			
Total	150	100,0			
Profissão					
Do lar	46	30,7			
Aposentado	42	28,0			
Autônomo	13	8,7			
Funcionário público	11	7,3			
Professora	9	6,0			
Comerciante	5	3,3			
Comerciário	5	3,3			
Motorista	5	3,3			
Outras	14	9,4			
Total	150	100,0			
Renda familiar					
Até 1 salário mínimo	42	28,0			
Acima de 1 salário mínimo	108	72,0			
Total	150	100,0			

Fonte: Estratégia Saúde da Família, Teresina (PI)

Quando se analisa o percentual de participantes da amostra que fazem uso de medicamento para hipertensão (Figura 1), nota-se que 89,3% faz uso desses medicamentos.

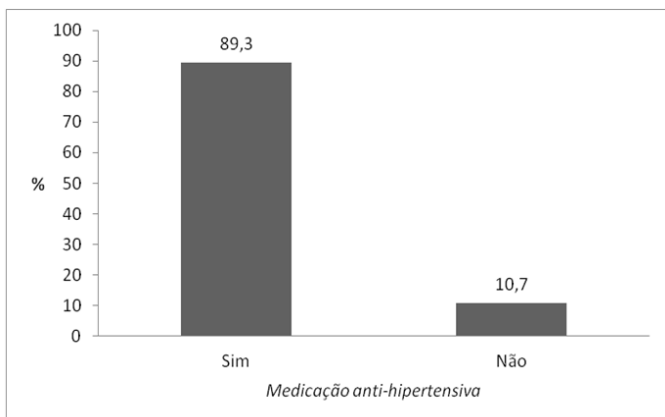


Figura 1. Percentual (%) quanto ao uso de medicação anti-hipertensiva dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica assistidos pela ESF. Teresina (PI), 2013. Fonte: Estratégia Saúde da Família, Teresina (PI).
R. Interd. v.6, n.4, p.75-85 , out.nov.dez. 2013

Conhecimento dos pacientes com hipertensão...

Em relação à Figura 2, nota-se que 98,7% (148) avaliaram como errado a quantidade de sódio presente no macarrão instantâneo, seguido da gelatina em pó 98% (146). Pode-se destacar também as quantidades de erros de: cuscuz de milho 97,3% (136), biscoito recheado de chocolate 92% (138), pão francês 91,3% (137).

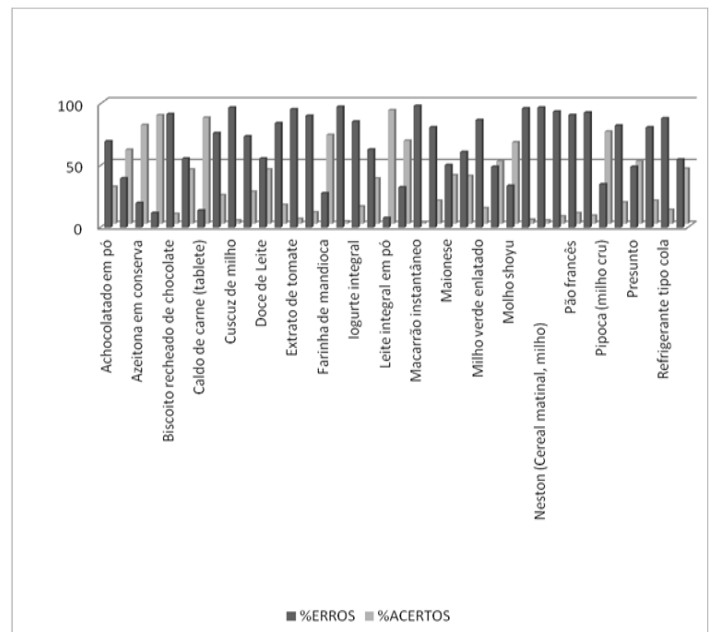


Figura 2. Percentual de erros (%) em relação à quantidade de sódio presente nos alimentos. Teresina - PI, 2013. Fonte: Estratégia Saúde da Família, Teresina (PI).

A figura 3 mostra o conhecimento destes pacientes sobre a quantidade de sódio presente nos alimentos, e a % de erros foi de 56,1% da maioria dos alimentos citados e 43,9% de acertos da maioria dos alimentos, existindo risco de complicações para os mesmos, devido ao desconhecimento da quantidade de sódio nos alimentos industrializados.

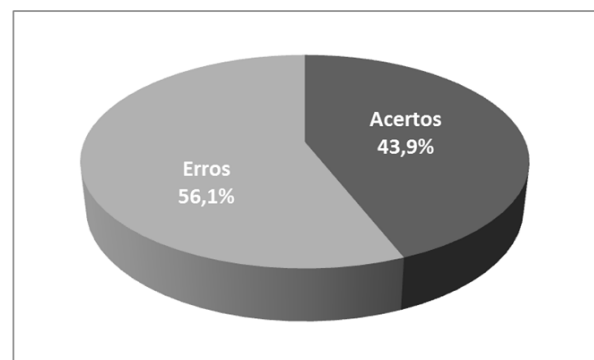


Figura 3 - Percentual (%) de acertos e erros dos pacientes hipertensos sobre o conhecimento de sódio nos alimentos. Teresina - PI, 2013. Fonte: Estratégia Saúde da Família, Teresina (PI).

Na tabela 1, observa-se, que a maioria dos hipertensos são do sexo feminino. De acordo com os Indicadores de Dados Básicos (IBD), uma pesquisa atual revela que a prevalência de HAS na população brasileira é de 21% nos homens e 26,3% nas mulheres (OLIVEIRA et al, 2013). Estudo semelhante aos dados encontrados nesta pesquisa, com maior prevalência de HAS no sexo feminino.

Quanto à idade, a média encontrada é de 55,8 anos, com desvio padrão de 12,1 anos. A idade mínima e máxima da amostra foi de 24 e 91 anos, respectivamente. Giroto et al (2013) citam em seu estudo a idade média de 58,9 anos \pm 12,0 (mínima de 22 e máxima de 79 anos), semelhante ao resultado do presente estudo.

Em relação à etnia, a maioria 41,3% (62) são negras. De acordo com Saraiva et al (2007), a estimativa da população brasileira acometida por HAS na raça negra é de 25%, raça semelhante a este estudo, embora a % deste foi maior. Porém na investigação de Pierin et al (2010) houve o predomínio da raça branca (56,4%) contrário a esse estudo.

Com relação ao estado civil, a maioria dos participantes da amostra é casado (a) (62,7%), Na pesquisa de Piaty, Felicetti e Lopes (2009), a grande maioria dos pacientes também eram casados com 76% e na amostra de Pierin et al (2010) ,66,9% eram casados, corroborando com este estudo.

Do total de participantes da amostra 89,3% (134) tem filho (os), destes a média é de 3,1 filhos, tendo máximo e mínimo de filhos por participantes de 1e 14, respectivamente. Não foram encontrados trabalhos científicos que fizessem esta análise.

Na tabela 2, quanto a escolaridade, a maioria (39,3%) tem ensino médio completo. No estudo de Souza e França (2008) 27,5% dos homens e 27,5% das mulheres tem o nível médio

Conhecimento dos pacientes com hipertensão...

incompleto; 20% homens e 7,5% mulheres completaram o nível médio; e 2,5% das mulheres têm curso universitário. Já Pires e Mussi (2012) encontraram o predomínio da baixa escolaridade (até o 1° grau - 63,2%). Giroto et al (2013) encontraram que aproximadamente metade dos hipertensos (49,6%) referiu ter estudado até a 3ª série do ensino fundamental. O presente estudo apresentou um maior nível de escolaridade nos pacientes hipertensos estudados, contrariando outras pesquisas já realizadas aqui citadas. A baixa escolaridade observada pode prejudicar a mudança de comportamento ao dificultar o entendimento das orientações dadas, e, por isso, merece atenção especial dos profissionais (OLIVEIRA et al, 2013).

As mais prevalentes profissões apresentadas foram: do lar (30,7%) e aposentado (28%). Piaty, Felicetti e Lopes (2009) relatam que, a maioria dos entrevistados eram aposentados (48%; n = 20), dados encontrados diferentemente neste estudo, em que a maioria são do lar. Pires e Mussi (2012) citam resultado também semelhante a esta investigação, com um maior percentual de profissão do lar dentre as mulheres que exerciam algum tipo de atividade (21,3%, n= 32).

De acordo com a renda, tem-se que 72% (108) tem renda acima de um salário mínimo e 28% (42) com até um salário mínimo. Pires e Mussi (2012) apontam um percentual de 52,8% de pacientes hipertensos recebendo menos que um salário mínimo, discordando da pesquisa realizada, que não apresentou como resultado pacientes com renda inferior a um salário mínimo.

Na figura 1, quando se analisa o percentual de participantes da amostra que fazem uso de medicamento, para hipertensão, nota-se que 89,3% fazem uso desses medicamentos. Segundo Piaty, Felicetti e Lopes (2009), a maioria dos entrevistados em seu estudo (95%; n = 40) fazia uso diariamente de medicamento para HAS,

resultado bem próximo ao encontrado neste estudo.

Em relação à figura 2, nota-se que 98,7% responderam errado sobre a quantidade de sódio presente no macarrão instantâneo. Quanto à gelatina em pó, o percentual de erro foi de 98%. Pode-se destacar também as quantidades de erros de: cuscuz de milho 97,3%, pão francês 91,3% e ervilha enlatada 84,7 %. Não foram encontrados trabalhos científicos que pudessem ser comparados com esta pesquisa.

O sal comum (40% de sódio) é a principal fonte de sódio na alimentação que é empregado frequentemente na cozinha, no processamento dos alimentos e à mesa. O sal é bastante utilizado na conservação de alimentos. Portanto, os alimentos industrializados, como temperos prontos, enlatados, embutidos, queijos e salgadinhos, possuem grande quantidade de sal (COSTA; MACHADO, 2010).

É recomendável a restrição de sal dos produtos industrializados, como molhos prontos, conservas, sopas em pó, embutidos, enlatados, salgados de pacote tipo *snack*, congelados e defumados. Sugere-se a preferência de condimentos naturais, como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, em troca aos industrializados (PIRES; MUSSI, 2012).

O Ministério da Saúde, no Brasil coordena estratégias visando à redução do consumo de sódio, com ações articuladas a planos setoriais como o Plano Nacional de Saúde 2012-2015 e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis no Brasil 2011-2022 (NÍLSON; JAIME; RESENDE, 2012).

Na figura 3, sobre o conhecimento dos pacientes sobre a quantidade de sódio presente nos alimentos, obteve-se 56,1% de erros na maioria dos alimentos e 43,9% de acertos na maioria dos alimentos, mostrando o baixo conhecimento dos hipertensos sobre a quantidade de sódio correta

R. Interd. v.6, n.4, p.75-85 , out.nov.dez. 2013

presente nos alimentos. É relevante que, além da ação educacional sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e das mudanças no estilo de vida, o indivíduo esteja consciente da seriedade desse agravo, muitas vezes assintomática, oportunizando a prevenção das complicações futuras e esteja motivado para as alterações no cotidiano, que talvez envolvam um dos aspectos mais difíceis de serem alcançados, que é a adesão às condutas de controle da HAS, e de prevenção de suas complicações (SANTOS; LIMA, 2008).

A maioria dos estudos analisados manifestou efeitos benéficos da restrição de sódio na dieta, associada ou não a outras modificações nutricionais, ou associados à atividade física no controle da pressão arterial.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que a maioria dos pacientes com HAS assistidos por esta ESF não conhecem a quantidade de sódio correta presente nos alimentos. Diante dessa realidade, torna-se necessário um acompanhamento pelo profissional nutricionista, visando a prevenção e/ou tratamento da Hipertensão Arterial e das complicações cardiovasculares e, conseqüentemente, a garantia de uma melhor qualidade de vida a essa população, por meio da adoção de hábitos de vida e alimentares saudáveis.

O perfil sócio demográfico dos participantes obteve uma média de idade de 55,8 anos, sendo a maioria do sexo feminino, da raça negra, casados, com filhos, com ensino médio completo, do lar, com renda acima de um salário mínimo e em uso de medicação anti-hipertensiva.

Os dados desta pesquisa evidenciam a importância da educação alimentar do hipertenso como estratégia para controle da HAS. O conhecimento dos usuários com relação à quantidade de sódio presente nos alimentos

deveria ser medida indispensável no tratamento da Hipertensão Arterial, visto que contribui como medida terapêutica ou preventiva no tratamento dessa doença crônica.

As estratégias educativas constituem um importante instrumento de acesso ao conhecimento sobre o processo saúde-doença-adoecimento, aumentando a capacidade de controle sobre os determinantes desse processo.

Sugere-se que as equipes de saúde desenvolvam atividades educativas que reforcem a observância do consumo diário de sal por pessoa, informando sobre quais alimentos devem ser evitados devido serem ricos em sódio.

REFERÊNCIAS

CHRISTOFARO, D. G. D. et al. Prevalência de pressão arterial elevada em crianças e adolescentes: revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 11, n. 4, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n4/v11n4a02.pdf>> Acesso em: 02/08/2012.

COSTA, F. P.; MACHADO, S. H. O consumo de sal e alimentos ricos em sódio pode influenciar na pressão arterial das crianças? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p.1383-1389. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700048&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 02/03/2013.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1674-1681. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700019&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 02/08/2012.

FERREIRA, S. R. G. Nutrição não sai de moda. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 53, n. 5. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n5/01.pdf>> Acesso em: 02/08/2012.

R. Interd. v.6, n.4, p.75-85 , out.nov.dez. 2013

GIROTTO, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, Jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600027&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 01/11/2013.

IGNÁCIO, A. K. F et al. Efeito da substituição de cloreto de sódio por cloreto de potássio em pão francês. **Brasilian Journal of Food Technology**, Campinas, v.16, n.1, p. 1-11, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-67232013005000010>> Acesso em: 03/08/2013.

LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 43, n.2, p. 343-350. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a13v43n2.pdf>> Acesso em: 03/09/2012.

MONTEIRO, L. Z. et al. Nível de Conhecimento do Profissional de Educação Física frente a alunos com hipertensão arterial nas academias de ginástica. **Rev. Bras. Cineatropom Desempenho Hum**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 262-268. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v12n4/06.pdf>> Acesso em: 03/09/2012.

NILSON, E. A. F.; JAIME, P.C.; RESENDE, D. O. Iniciativas desenvolvidas no Brasil para a redução do teor de sódio em alimentos processados. **Rev. Panam Salud Pública**, Brasília, v. 34, n. 4, p. 287-92. 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n4/07.pdf>> Acesso em: 03/09/2013.

OLIVEIRA, E. P. et al. A variedade da dieta é fator protetor para a pressão arterial sistólica elevada. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 98, n. 4. Abril. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000400008&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 02/11/2012.

OLIVEIRA, T. L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da

hipertensão arterial. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 26, n. 2. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200012&lng=en&nrm=iso> Acessado em: 01/11/2013.

PIATI, J.; FELICETTI C. R.; LOPES, A. C. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo HIPERDIA em Unidade Básica de Saúde decida de paranaense. *Rev. Bras. Hipertens*, Paraná, vol. 16, n. 2, p. 123-129. 2009. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis> Acesso em: 06/12/2012.

PIERIN, A. M. G. et al. Variáveis Biopsicossociais e Atitudes frente ao Tratamento Influenciam a Hipertensão Complicada. *Arq. Bras. Cardiol*, São Paulo, v. 95, n. 5, p. 95. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop12810.pdf>> Acesso em: 01/11/2013.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde sobre a dieta: uma perspectiva de pessoas negras hipertensas. *Rev. Esc. Enferm.*, São Paulo, v. 46, n. 3. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/08.pdf>> Acesso em: 02/03/2013.

RECINE, E. et al. A formação em Saúde Pública nos cursos de graduação de Nutrição no Brasil. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 25, n. 1, p. 21-33, Jan/Fev. 2012. Disponível em: <http://www.nutricaoemfoco.com.br/NetManager/documentos/a_formacao_em_saude_publica_nos_cursos_de_graduacao_de_nutricao_no_brasil..pdf> Acesso em: 12/01/2013.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 1, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100010&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 10/03/2013.

SARAIVA, K. R. O. et al. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 63-70, Jan-Mar. 2007. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a08v16n1.pdf>> Acesso em: 02/02/2013.

SERAFIM, T. S.; JESUS, E. S.; PIERIN, A. M. G. Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. *Acta Paul Enferm.*, v. 23, n. 5, p. 658-664. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/12.pdf>> Acesso em: 14/04/2013.

SOUZA, J. A.; FRANÇA, I. S. X. Prevalência de Hipertensão Arterial em pessoas com mobilidade física prejudicada: implicações para a enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 61, n. 6, p. 816-821, Nov-Dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a04v61n6.pdf>> Acesso em: 14/04/2013.

Submissão: 15.09.2011

Aprovação: 02.05.2013