

Nutrição Brasil 2018;17(1):19-26

## ARTIGO ORIGINAL

### Prevalência de hipertensão arterial em pacientes atendidos no ambulatório de nutrição da URI - Frederico Westphalen

### *Prevalence of high blood pressure in patients attended in nutrition clinic of URI - Frederico Westphalen*

Elisa Cristina Granella\*, Dionara Simoni Hermes Volkweis, M.Sc.\*\*; Tais Fátima Soder, M.Sc.\*\*\*, Thais da Luz Fontoura Pinheiro, M.Sc.\*\*\*\*, Fábيا Benetti, M.Sc.\*\*\*\*

*\*Acadêmica do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Departamento de Ciências da Saúde, Setor Nutrição, Frederico Westphalen, Rio Grande do Sul, \*\*Nutricionista, Coordenadora e Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-URI Campus de Frederico Westphalen, Departamento de Ciências da Saúde, Setor Nutrição, Frederico Westphalen/RS, \*\*\*Nutricionista, Orientadora Educacional do Curso de Nutrição da Integrada do Alto Uruguai e das Missões-URI Campus de Frederico Westphalen, \*\*\*\*Nutricionista, Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-URI Campus de Frederico Westphalen*

Recebido 29 de janeiro de 2017; aceito 15 de dezembro de 2017.

**Endereço para correspondência:** Elisa Cristina Granella: elisa\_granella@hotmail.com; Dionara Simoni Hermes Volkweis: dshermes@uri.edu.br; Tais Fátima Soder: soder@uri.edu.br; Thais da Luz Fontoura Pinheiro: thaispinheiro@uri.edu.br; Fábيا Benetti: benetti@uri.edu.br

## Resumo

A Hipertensão arterial sistêmica é um problema de saúde pública presente na vida de muitos brasileiros. Esta patologia multifatorial é caracterizada pela elevação dos níveis pressóricos e frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, como dislipidemia, obesidade, e diabetes mellitus (DM). Por esses e outros vários motivos o conhecimento de sua ocorrência se torna importante. O presente estudo objetivou avaliar a prevalência e o estado nutricional de pacientes hipertensos atendidos no Ambulatório de Especialidades em Nutrição da URI-FW no ano de 2015 e 2016. Coletou-se dados sócio-demográficos e antropométricos dos prontuários dos pacientes com HAS. A amostra foi constituída por 34 indivíduos de ambos os gêneros, 67,6% eram do sexo feminino e 32,36% do sexo masculino. A idade média encontrada foi de 44,97±14,76 anos, 28% referiram ter dislipidemia e 17% diabetes mellitus. A maioria (70%) dos pacientes com HAS buscaram o acompanhamento nutricional para emagrecimento. Verificou-se também que a maioria dos participantes eram sedentária e não retornou as consultas nutricionais.

**Palavras-chave:** hipertensão arterial sistêmica, antropometria, nutrição.

## Abstract

Systemic arterial hypertension (SAH) is a public health problem in the lives of many Brazilians. This pathology is multifactorial characterized by elevated pressure levels and is frequently associated with metabolic disorders, functional alterations that may be exacerbated by the presence of other factors (RF), such as dyslipidemia, obesity, and diabetes mellitus (DM). For these and several other reasons the knowledge of its occurrence becomes important. In view of the above, the present study aimed to evaluate the prevalence and nutritional status of hypertensive patients attended at the URI-FW Nutrition Specialty Clinic in 2015 and 2016. This study was approved by the URI-FW Research Ethics Committee Under CAAE number: 53128416.0.0000.5352. Sociodemographic and anthropometric data were collected from the medical records of patients with SAH. The sample consisted of 34 individuals of both genders, with 67.6% being female and 32.36% male. The mean age found was 44.97 ± 14.76 years, 28% reported having dyslipidemia and 17% diabetes mellitus. The majority (70%) of patients with SAH sought nutritional monitoring for weight loss. It was also found that the majority of participants was sedentary and did not return to nutritional consultations.

**Key-words:** systemic arterial hypertension, anthropometry, nutrition.

## Introdução

No Brasil as doenças cardiovasculares são consideradas as principais causas de morte, e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) está associada aos principais fatores de risco, tornando-se um importante problema de saúde pública. O tratamento e o controle da HAS são de fundamental relevância para a redução dos eventos cardiovasculares [1].

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) como também, a alterações metabólicas, aumentando em grandes chances, o risco de eventos cardiovasculares, visto que, são considerados portadores de HAS, indivíduos com PA igual ou superior a 140 x 90 mmHg [2].

Estimativas apontam que no Brasil cerca de 30% da população adulta e mais de 50% dos idosos podem ser classificados como hipertensos [3]. A sobrecarga do sistema vascular, devido a altos níveis pressóricos, quando não estando em tratamento pode levar a arteriosclerose, doenças cardíacas, insuficiência renal, acidente vascular cerebral, entre outros. Apesar dos muitos avanços no tratamento da hipertensão, são poucos os pacientes que conseguem manter controlados os níveis de pressão arterial. [4].

Para o ano de 2025, estudos indicam que, cerca de 25% da população adulta mundial apresentarão problemas relacionados à hipertensão arterial, responsável por aproximadamente 13% da mortalidade global [5].

Os inúmeros fatores de risco que contribuem para evolução da HAS, podem ser considerados como modificáveis e não modificáveis. Dentre os quais se destacam: idade, sexo/gênero e etnia, fatores socioeconômicos, ingestão de sal, excesso de peso e obesidade, genética, ingestão de álcool, e sedentarismo [2].

A HAS influencia diretamente nas modificações referentes à qualidade de vida, pois interferem nas atividades cotidianas das pessoas, podendo afetar a capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual e também profissional [6]. Por ser uma patologia que não tem cura, o tratamento é imprescindível na prevenção de complicações e na diminuição da morbidade e mortalidade [7].

As abordagens terapêuticas para o tratamento podem ser de duas formas: o tratamento não farmacológico que traz a proposta de modificações do estilo de vida, e o tratamento farmacológico ou medicamentoso [8]. Algumas recomendações gerais, como a dieta hipossódica, a manutenção do peso corporal, assim como uma alimentação saudável, a realização de exercícios físicos, e o abandono do hábito de fumar são cuidados importantes [9].

O controle da HAS, por meio da alimentação, deve ser tanto em quantidade como em qualidade. As medidas dietéticas tem o objetivo não só de reduzir os níveis tensionais, como também, de inserir hábitos alimentares saudáveis para toda a vida [10]. Porém, se adaptar a mudanças no estilo de vida é um processo árduo para todos, principalmente quando se trata de idosos, pois alguns hábitos antigos tornam-se difíceis de serem removidos da rotina ou simplesmente diminuídos do cotidiano das pessoas [11].

Tendo isto como base, o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica em pacientes atendidos no Ambulatório de Especialidades em Nutrição, da URI/FW, nos anos de 2015 e 2016.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo e prospectivo, de natureza quantitativa e analítico realizado com pacientes hipertensos atendidos no Ambulatório de Especialidades em Nutrição da URI - Campus de Frederico Westphalen/RS.

Para a realização deste estudo analisou-se todos os prontuários dos pacientes atendidos no Ambulatório de Especialidades em Nutrição da URI-FW, atendidos nos anos de 2015 e 2016. Selecionados os prontuários de pacientes com diagnóstico prévio de HAS, que apresentaram no mínimo duas reconsultas.

Dos prontuários consideramos os dados sociodemográficos, antropométricos, inquéritos dietéticos, bem como análise dos planos alimentares prescritos.

Na avaliação antropométrica foram considerados os dados de peso, estatura, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência da cintura, quadril, braço e pescoço, prega cutânea tricipital, bicipital, supra-ilíaca e subescapular, percentual de gordura corporal, massa de gordura, massa livre de gordura.

O presente estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Acompanhamento nutricional no ambulatório de especialidades em nutrição da URI-Campus de Frederico Westphalen/RS”, sendo que o mesmo já possui aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da URI-FW, pelo parecer CAAE: 53128416.0.0000.5352.

Para análise dos dados utilizou-se o programa Windows Microsoft Excel 2010 e estatística descritiva.

## Resultados e discussão

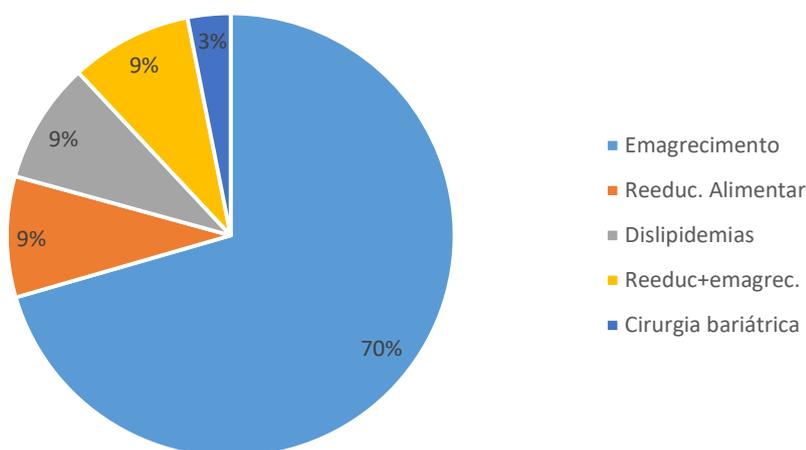
No período do estudo, foram identificados 34 pacientes com diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica, atendidos no Ambulatório de Especialidades em Nutrição da URI-FW. Dos participantes 67,6% eram do sexo feminino e 32,36% do sexo masculino. Os pacientes apresentaram idade média de  $44,97 \pm 14,76$  anos de idade, sendo que as mulheres possuíam média de idade de  $47,52 \pm 14,9$  anos, e os homens de  $39,64 \pm 13,60$  anos de idade.

Quanto ao estado civil constatou-se que 70,6% (n: 21) dos pacientes hipertensos eram casados, 21% (n:11) solteiros, 5,9 % (n: 2) divorciados e apenas 2,9% (n: 1) eram viúvos. Resultados semelhantes foram apresentados por Borges *et al.* [6] que verificaram nos indivíduos casados maior prevalência quando comparados aos solteiros. Também verificou-se que os pacientes em sua maioria são sedentários, mais um risco associado com o excesso de peso e o desenvolvimento de HAS.

Dados da PNS apontam que indivíduos insuficientemente ativos (adultos que não atingiram pelo menos 150 minutos semanais de atividade física considerando o lazer, o trabalho e o deslocamento) representaram 46,0% dos adultos, sendo o percentual significativamente maior entre as mulheres (51,5%) [1].

Relativo a ingestão hídrica diária, constatou-se que a maioria dos pacientes hipertensos (41,2%) referiram ingestão de 1-1,5 l/dia, 35,3% relataram consumo maior que 1,5 l/dia de líquidos e 23% menos de um litro diário. Dos participantes apenas 1 (2,9%) referiu ser tabagista e 35,5% (n: 12) afirmaram o consumo de bebidas alcoólicas.

A Figura 1 demonstra o motivo pelo qual os pacientes com HAS procuraram o atendimento nutricional.



**Figura 1** - Motivo dos pacientes com HAS procurarem o atendimento nutricional.

Podemos verificar que a maioria (70%) dos pacientes com HAS buscaram o acompanhamento nutricional para emagrecimento. A sétima Diretriz Brasileira sobre HAS enfatiza mais uma vez o estado nutricional de sobrepeso e obesidade como fatores de risco associados a HAS [2].

No Brasil, dados do Vigitel de 2014 [12] revelaram, entre 2006 e 2014, aumento da prevalência de excesso de peso ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ), 52,5% vs. 43%. No mesmo período, obesidade ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) aumentou de 11,9% para 17,9%, com predomínio em indivíduos de 35 a 64 anos e mulheres (18,2% vs 17,9%) [13].

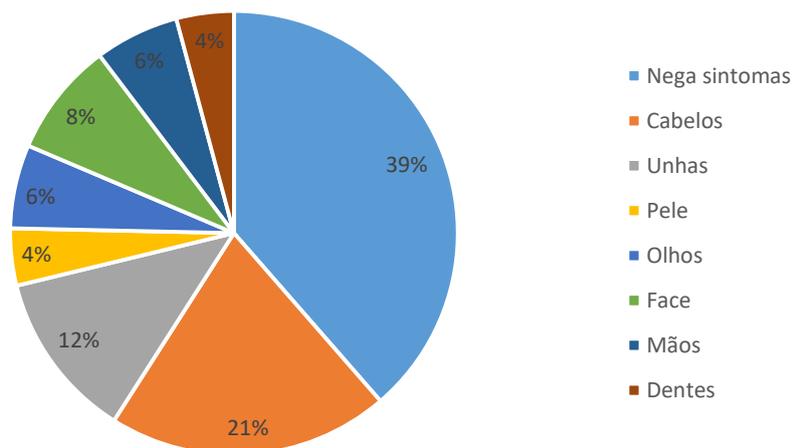
Quanto ao retorno dos participantes aos atendimentos verificou-se que 67,6% dos pacientes não retornaram as consultas de nutrição. Este fato é muito preocupante, pois em apenas um ou dois encontros com o paciente são insuficientes para real mudança do estilo de vida.

É comum encontrarmos referências de baixa adesão ao tratamento nutricional a curto e longo prazo. Inelmen *et al.* [14] em protocolo com 383 pacientes em tratamento ambulatorial individual para obesidade, relataram que após o período de um ano, 296 pacientes haviam desistido do estudo: 69,7% desses abandonaram o tratamento ao final dos primeiros três meses e somente 22,7% dos pacientes completaram todo o protocolo proposto.

Segundo os autores, o insucesso do tratamento foi associado ao tipo de estratégia utilizada: o atendimento individual não foi suficiente para motivar os indivíduos; eles sugerem que um programa com reuniões em grupo periódicas seria uma medida eficaz para melhorar o nível de adesão.

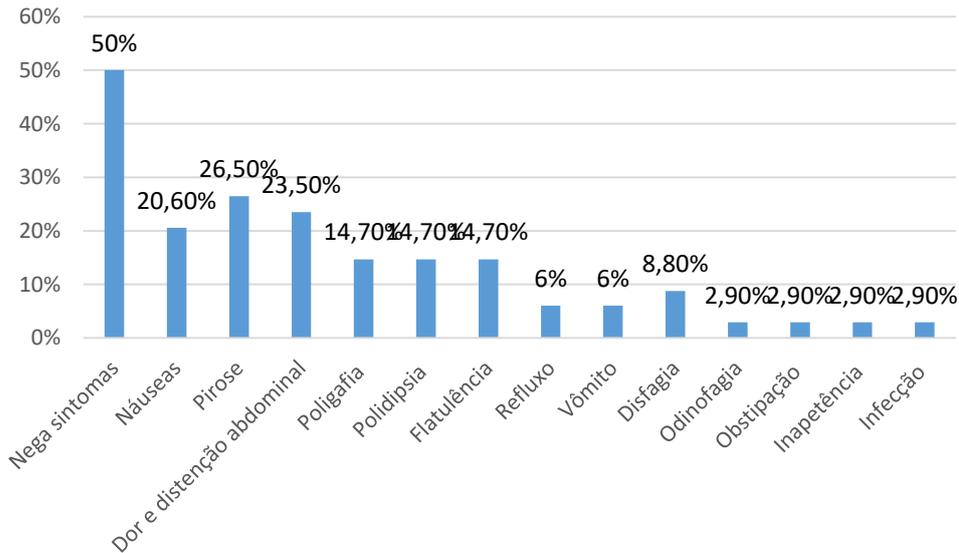
Diferentes autores apontam outras estratégias para diminuir as perdas inerentes ao tratamento convencional: estabelecer metas realistas, programas que associem atividade física e educação nutricional, além do suporte social e familiar, ou sugerem ainda o estabelecimento de uma aliança terapêutica que dê ao paciente a possibilidade de solucionar problemas relacionados à alimentação.

Quanto a presença de alergias alimentares apenas 1 paciente (2,9%) referiu possuir, os demais relataram poder ingerir todo o tipo de alimento, sem a manifestação alérgicas. Relativo a presença de sinais e sintomas físicos associados a estética, os participantes foram identificados possuindo alterações nas seguintes estruturas conforme demonstrado na Figura 2. Sendo que 39% da amostra relatou não apresentar nenhuma alteração.



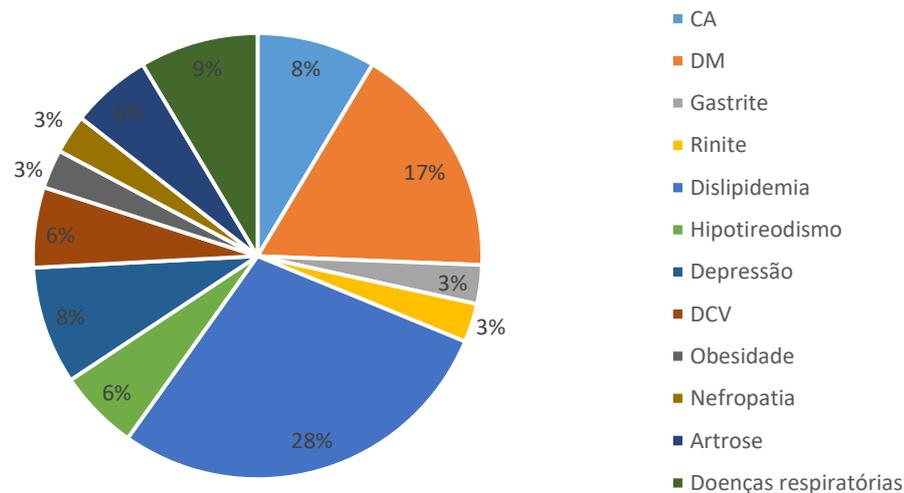
**Figura 2** - Presença de Sinais no Exame Físico nos pacientes com HAS atendidos no Ambulatório de Nutrição.

A Figura 3 demonstra os principais sinais e sintomas gastrointestinais referidos pelos pacientes hipertensos. Podemos observar que 50% dos pacientes afirmam não possuir alterações, 26,5% relatam apresentar pirose, 23,5% dor e distensão abdominal e 20,6% náuseas. Outros sintomas também foram citados como a polifagia e polidipsia.



**Figura 3 - Presença de sinais e sintomas gastrointestinais relatado por pacientes com HAS.**

A Figura 4 refere-se as patologias auto referidas pelos pacientes com HAS atendidos no Ambulatório de Nutrição. Observando a mesma podemos constatar que as patologias mais prevalentes segundo os pesquisados foram dislipidemia (28%) e DM (17%).

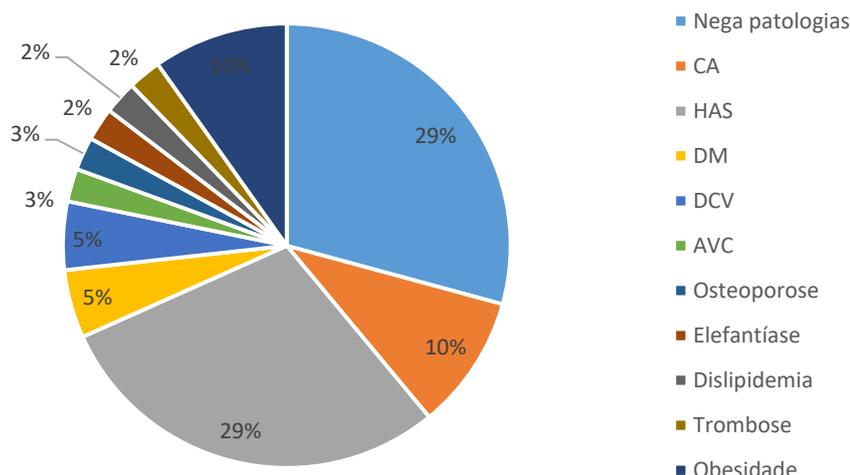


**Figura 4 - Patologias autoreferidas pelos pesquisados além da HAS.**

Ferreira *et al.* [15] descreveram que essa associação do DM, HAS, e da dislipidemia poderia significar um mecanismo fisiopatológico que estas doenças teriam em comum. Sendo que também elas, são os principais fatores de risco das doenças cardiovasculares.

Pinho *et al.* [16] em seu estudo também aborda que a ligação entre a HAS e a DM é preocupante pois eleva o risco de doenças cerebrovasculares e doenças arteriais coronarianas. Comumente pacientes com DM possuem características como obesidade e sobrepeso, sedentarismo e alteração nos níveis de triglicédeos, o que favorece o desenvolvimento da HAS. A Sétima Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial mostra que a incidência de HAS em indivíduos diabéticos aumenta de 33% aos 20 anos para 70% aos 40 anos de idade [2].

Em relação a obesidade o gráfico demonstra que apenas 3% dos pacientes auto referiram serem obesos, entretanto a associação entre obesidade e HAS é comprovada por inúmeros estudos. As doenças respiratórias também foram citadas por 9% dos pacientes.



**Figura 5 -** Patologias hereditárias referidas pelos participantes da pesquisa.

Negaram patologias hereditárias 29% dos pacientes. E outros 29% referiram ter histórico familiar de HAS, indicando a predisposição genética como possível fator de risco para a manifestação da doença. O percentual de pacientes que referiram o câncer como doença hereditária foi de 10%, assim como a obesidade. As doenças cardiovasculares e a DM também foram citadas.

A Tabela I demonstra resultados da avaliação antropométrica dos pacientes hipertensos. Podemos verificar que relativo ao IMC tanto pacientes do gênero feminino como do masculino classificaram-se considerando os valores médios em obesidade grau II. A média do peso corporal encontrou-se elevado para os hipertensos de ambos os gêneros.

**Tabela I -** Média e desvio padrão das medidas antropométricas dos pacientes hipertensos atendidos no Ambulatório de Nutrição.

	Total	Feminino	Masculino
Peso (kg)	93,70±24,4	97,3±26,3	86,10±26,4
Estatua (m)	1,63±0,14	1,60±0,05	1,70±0,23
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	35,3±10,93	38,2±10,7	28,49±5,5
Circunferência da cintura (cm)	107,4 ±17,9	110,6±18,6	100±14,3
Circunferência do quadril (cm)	124,23±39,07	131,6±44,5	107,3±10,9
% de gordura corporal	34,46±8,73	42,5±9,4	24,11±2,6

Estes resultados foram semelhantes aos achados de Rezende *et al.* [17] em que as mulheres apresentaram mais excesso de peso considerando o IMC. Freitas *et al.* [18] em seu estudo com 688 pessoas, registraram que 55,81% dos indivíduos hipertensos estavam com obesidade mórbida (índice de massa corpórea  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>), 44,86% estavam entre 30 a 39,99 kg/m<sup>2</sup> e somente 20,64% possuíam IMC entre 20 a 24,99 kg/m<sup>2</sup>. Souza *et al.* [19] traz resultados semelhantes, 58,6% dos indivíduos obesos eram hipertensos, 45,6% dos sobrepesos também apresentavam HAS e 27,9% das pessoas com HAS estavam com peso normal. Deixando claro que a obesidade é um fator predisponente para a HAS.

Jardim *et al.* [20] descrevem que a forte ligação entre o excesso de peso e a manifestação da HAS aponta a necessidade de encontrar medidas capazes de intervir nos fatores de risco modificáveis, os quais se fazem determinantes sobre a prevalência da HAS em um grupo populacional.

Neste estudo a circunferência da cintura e a circunferência do quadril estão significativamente expressadas em valores maiores nas mulheres do que nos homens. A partir dos pontos de corte do Ministério da saúde valores da circunferência da cintura acima de 102 cm para homens e acima de 88 cm para as mulheres indicam acúmulo de gordura abdominal e risco de desenvolvimento de patologias. Independentemente do valor do IMC a gordura localizada principalmente na região do abdome é constantemente associada com a resistência à insulina e o aumento da pressão arterial. O que torna a circunferência da cintura elevada um

fator predisponente das doenças cardiovasculares e doenças metabólicas associadas à obesidade.

Como mostra a tabela o percentual de gordura corpórea também foi maior nas mulheres em relação aos homens, entretanto ambos os valores demonstraram inadequação. Oliveira *et al.* [21] em estudo para verificar a relação entre medidas antropométricas e fatores de risco (perfil lipídico e pressão arterial) para doenças cardiovasculares, obtiveram resultados divergentes destes. Na avaliação a gordura corporal nos homens teve um percentual maior. Porém indivíduos de ambos os sexos que demonstraram essa alteração na gordura corporal, tiveram indicativo para alterações na pressão arterial, glicose e dislipidemia.

## Conclusão

Nesse estudo verificou-se que os hipertensos pesquisados apresentaram inadequação do seu estado nutricional configurando excesso de peso, circunferência abdominal aumentada, percentual de gordura corporal acima da média e índice de massa corporal classificado como obesidade grau II. O excesso de peso configurou-se como um dos fatores mais agravantes dessa população estando diretamente relacionado ao aumento dos níveis pressóricos.

O acompanhamento nutricional faz parte do tratamento não farmacológico da HAS nesse sentido, não devemos medir esforços para conseguir a adesão do paciente a dieta. Verificamos que no presente estudo que a maioria dos pacientes não retornaram as consultas nutricionais fato que torna o aconselhamento ineficiente. Deve-se pensar em outras metodologias para sensibilizar essa população, talvez a abordagem individualizada não seja a mais adequada para esse caso.

## Referências

1. Malta DC et al. Cuidado em saúde em adultos com hipertensão arterial autor referida no Brasil segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol* 2015;18(2)110.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016;107(3)3-6.
3. Dias EG et al. Estilo de vida e fatores dificultadores no controle da hipertensão. *Rev Enferm UFPI* 2015;4(3)23-5.
4. Matavelli IS et al. Hipertensão arterial sistêmica e a prática regular de exercícios físicos como forma de controle: revisão de literatura. *Rev Bras Ciênc Saúde* 2014;18(4)360-3.
5. Scala LCN. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil: prevalência. *Rev Hipert* 2014;17(3-4):138-55.
6. Borges HP, Cruz NC, Moura EC. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos. *Arq Bras Cardiol* 2008;91(2):110-8.
7. Massinga LT, Portella MR. Fatores determinantes da adesão de hipertensos a conduta dietoterápica. *Rev Aten Saud* 2015;13(43):38-42.
8. Motter FR, Olinto MTA, Paniz VMV. Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: estudo com usuários de uma Farmácia Básica no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2015;31(2):396-9.
9. Ferreira RA, Barreto SM, Giatti L. Hipertensão arterial e utilização de medicamentos de uso contínuo. *Cad Saúde Pública* 2014;30(4):823-6.
10. Cuppari L. Nutrição nas doenças crônicas não-transmissíveis. 1 ed. São Paulo: Manole; 2009. p.239-40.
11. Lima ER, Barros ARC, Oliveira CAN. Percepção dos clientes hipertensos acerca das complicações da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Interf: Saúde, Humanas e Tec*, 2014;2(5):1-6.
12. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de atenção básica n. 5, Brasília/DF; 2006.
13. Brasil. Vigitel, vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde; 2014.
14. Inelmen EM, Toffanello ED, Enzi G, Gasparini G, Mioto F, Sergi G et al. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. *Int J Obes* 2005;29(1):122-8.
15. Ferreira, SRG et al; Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009;43(2):98-106.

17. Pinho L et al. Hipertensão e dislipidemia em pacientes diabetes mellitus tipo 2: uma revisão integrativa. *Rev Norte Mineira Enferm* 2015;4(1):87-101.
18. Rezende FAC et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* 2006;87(6):728-34.
19. Freitas OC et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Catanduva/SP. *Arq Bras Cardiol* 2001;77:9-15.
20. Souza ARA et al. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande/MS. *Arq Bras Cardiol* 2007;88(4):441-6.
21. Jardim PCB et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq Bras Cardiol* 2007;88(4):452-7.
22. Oliveira MAM et al. Relação de indicadores antropométricos com fatores de risco para doença cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* 2010;94(4).