

“CARACTERIZAÇÃO DE UM GRUPO DE HIPERTENSOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA CIDADE DE CASCAVEL - PARANÁ”

BELLIO, Andréia Araújo^I
CEZAR, Thais Mariotto^{II}

RESUMO

A hipertensão arterial uma vez diagnosticada pode ou não ser tratada farmacologicamente. O fato da hipertensão não causar sintomas, faz com que ela seja considerada um assassino silencioso, onde a maioria dos casos acaba sendo diagnosticada após vários anos de existência no organismo, o que justifica índices elevados desta doença. O objetivo principal deste trabalho foi enfatizar os componentes mais importantes do tratamento não farmacológico da pressão arterial como uma dieta adequada, redução do peso corpóreo e prática regular de atividade física, promovendo benefícios para a saúde e conseqüentemente para a qualidade de vida de pacientes normotensos e hipertensos. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, na qual foram realizadas entrevistas em forma de questionário e avaliação antropométrica para verificar a alimentação e o diagnóstico de IMC (índice de massa corpórea). A reeducação alimentar baseou-se em orientação nutricional coletiva indicando alimentos e quantidades dos mesmos a serem ingeridos. A análise de conteúdo dos questionários e dados antropométricos indicou que 60% dos participantes são sobrepeso e obesos, todos tomam medicamentos como anti-hipertensivo e diuréticos. A maioria dos participantes faz de 3 a 4 refeições/dia, não tomam água suficiente e não praticam atividade física. É necessário conscientização destes indivíduos para mudanças de hábitos alimentares. Espera-se que o nutricionista interfira diretamente na saúde, melhorando assim a qualidade de vida da população, pois a incorporação de novos hábitos de vida garante que os benefícios alcançados sejam duradouros.

PALAVRAS CHAVE: Hipertensão arterial, reeducação alimentar, tratamento não-farmacológico, saúde pública.

^I Graduanda do Curso de Nutrição pela Faculdade Assis Gurgacz-FAG Cascavel-Pr.
Endereço para correspondência: Rua Terezina, nº3144, Bairro Tropical, Cascavel-Pr.
Fone: 0XX-45-3326-3957 email: deiabellio@yahoo.com.br.

^{II} Especialista e Docente da Faculdade Assis Gurgacz-FAG.

INTRODUÇÃO

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o problema de saúde pública de alta mortalidade mais comum nos países desenvolvidos. Se não tratada leva ao desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, como a insuficiência cardíaca congestiva, falência renal e a doenças vasculares periféricas (MAHAN & ESCOTT-STUMP, 2002; WAITZBERG, 2004).

A hipertensão arterial é basicamente assintomática, considerada um assassino silencioso, onde a maioria dos casos é diagnosticada após vários anos de existência no organismo, o que justifica altos índices desta doença, sendo muito importante a investigação clínica, identificando a etiologia da hipertensão, o grau de comprometimento dos órgãos-alvos envolvidos e outros fatores de risco associados que possam influir no prognóstico e na orientação nutricional. Os principais sintomas relacionados à hipertensão são cefaléia, tontura, palpitações e desconforto precordial (angina) (CUPPARI, 2005; SALA, FILHO & ELUF-NETO, 1996; SMELTZER & BARE, 2002).

A pressão do sangue é criada pelo bombeamento do coração. É uma força variável que movimenta o sangue através do sistema circulatório. Quando o coração contrai, o sangue flui nas artérias e, ao final da contração, a pressão está em seu ponto mais alto. Quando o coração relaxa, o sangue flui das veias para o coração e a pressão atinge seu ponto mais baixo. Assim, a medida da pressão do sangue é expressa em dois números: sistólico (ponto alto) e diastólico (ponto baixo) (SWATZBERG & MARGEN, 2003).

Segundo Guyton (1998), pressão alta significa “que a pressão arterial média é maior que o limite superior de faixa aceita de normalidade”. A condição clínica de natureza multifatorial caracterizada por níveis de pressão arterial elevados e sustentados, chama-se hipertensão arterial sistêmica e esta condição aumenta o risco de danos nos chamados órgãos-alvos. Concomitantemente ocorre o aumento de risco cardiovascular, até mesmo uma elevação moderada de pressão arterial leva à diminuição da expectativa de vida, e que em casos de pressões muito altas (pressões arteriais médias 50% ou mais acima do normal), o indivíduo pode ter um sobrevida de no máximo alguns anos a mais que sua idade atual.

A pressão sangüínea é o resultado da multiplicação do débito cardíaco pela resistência vascular periférica ($P.S = R.V.P \times D.C$). O diâmetro dos vasos afeta

amplamente o fluxo sanguíneo. Quando há uma diminuição do diâmetro (como ocorre na aterosclerose) a resistência e a pressão aumentam. Em contrapartida, quando há um aumento de calibre do vaso (como na terapia com vasodilatador), ocorre uma diminuição da resistência vascular periférica e, conseqüentemente, a pressão diminui (MAHAN & ESCOTT-STUMP, 2002).

O termo Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definido como a presença de um nível persistente da pressão sistólica se encontra acima de 140 mmHg e a pressão diastólica acima de 90mmHg (PORTO, 2001; SMELTZER & BARE, 1999; MION, PIERIN & GUIMARÃES, 2001; MASCARENHAS, OLIVEIRA & SOUZA, 2006).

A hipertensão primária ou essencial surge em geral entre 35 e 45 anos; é mais comum em mulheres do que em homens, porém a taxa de mortalidade é 1,5 – 2,0 vezes maior no sexo masculino. Existe hoje um consenso entre os estudiosos de que a hipertensão primária resulta da interação de fatores genéticos com componentes ambientais. Já a hipertensão secundária associa-se a doenças variadas, sobretudo renais e endócrinas (FILHO, 2000).

Existem vários fatores de risco que podem influenciar no aparecimento da hipertensão arterial sistêmica essencial variando de um indivíduo para o outro, sendo divididos em dois grupos:

1. CONGÊNITOS: hereditariedade, idade, raça e sexo.
2. ADQUIRIDOS: obesidade, alimentação rica em sal e gorduras, álcool, tabaco, drogas anticoncepcionais e estresse (ACQUAL'DELL *et al*, 1997).

Deve-se considerar, além dos fatores de risco, os seguintes aspectos junto ao indivíduo portador de hipertensão arterial: situação sócio-econômica, grau de instrução, atividade que executa sentimentos e conhecimentos sobre a doença, crenças de saúde, estilo de vida, experiência anterior com a doença no meio em que vive, complexidade do tratamento, efeitos colaterais dos medicamentos e percepção social do problema (ACQUAL'DELL *et al*, 1997).

Uma grande variedade de medicamentos acaba por aumentar a pressão arterial e interferir na eficácia de drogas anti-hipertensivas. Entre eles estão os contraceptivos, esteróides, drogas antiinflamatórias não-esteróides (DAINE), descongestionantes nasais, medicamentos para gripe e resfriados, inibidores do apetite e antidepressivos (MAHAN & ESCOTT-STUMP, 2002).

A hipertensão arterial não tratada pode ser perigosa para as artérias, além de consistir no principal fator de risco de ataque do coração e derrame. Esta pode resultar em danos para o cérebro, coração e rins. Somente metade dos indivíduos que sofrem de HAS tem conhecimento disso, principalmente porque a doença raramente é sintomática. A pressão arterial pode ser controlada através da administração de medicamentos e/ou através de mudanças no estilo de vida (PORTO, 2001; MASCARENHAS, OLIVEIRA & SOUZA, 2006).

A Hipertensão arterial sistêmica pode ser classificada em diferentes graus: branda, moderada e severa, de acordo com os níveis de pressão sangüínea e outras alterações que possam se manifestar (WAITZBERG, 2004).

Os valores normais e os que definem hipertensão arterial podem ser vistos na tabela 1:

TABELA 1 – Classificação da pressão arterial em maiores de 18 anos.

CATEGORIA	Pressão Sistólica(mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	≤ 120	≤ 80
Normal	< 130	< 85
Normal-alta	130 – 139	85 – 89
HIPERTENSÃO		
Estágio 1 (branda)	140 – 159	90 – 99
Estágio 2 (moderada)	160 – 179	100 – 109
Estágio 3 (severa)	> 180	> 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: Swatzberg & Margen, 2003; Williams *et al*, 2004; Castro *et al*, 1999.

Em relação ao risco cardiovascular a pressão arterial ótima ou ideal é aquela inferior a 120/80mmHg. Porém, deve-se avaliar o significado de medidas extremamente baixas (MAHAN & ESCOTT-STUMP, 2002).

Medidas nutricionais são importantes na hipertensão, como em outras doenças crônicas, para garantir adequado e apropriado balanço nutricional. Pacientes com hipertensão arterial, tem maior predisposição a ter uma nutrição inadequada (GIBBS, JACKSON & LIP, 2000).

Algumas medidas para melhora da qualidade de vida são: manter peso corporal normal (índice 20 – 25), reduzir ingestão de sal, limitar consumo de álcool, iniciar exercício físico aeróbico, consumir pelo menos 5 porções por dia de frutas e hortaliças e reduzir a ingestão de gorduras saturadas (WILLIAMS *et al*, 2004).

O tratamento não-farmacológico é indicado para todos os indivíduos. Quando seguido corretamente tornará menor a quantidade necessária de medicação e fará com que os medicamentos tenham ação mais efetiva. Tanto o tratamento farmacológico como o não-farmacológico, tem como finalidade prevenir a morbidade e mortalidade e, redução lenta e progressiva da pressão arterial para aliviar os sintomas e diminuir complicações (JARDIM, 2005; SIMONETTI, BATISTA & CARVALHO, 2002; LIMA-COSTA, PEIXOTO & FIRMO, 2004).

O objetivo do presente estudo é analisar a influência da dieta nutricional em indivíduos com diagnóstico confirmado de hipertensão arterial, verificando os componentes do tratamento não-farmacológico da HAS (como dieta, controle de peso corpóreo e prática de exercício físico); orientando assim uma dieta saudável visando aumentar a expectativa de vida dos indivíduos que freqüentam a Unidade Básica de Saúde do Bairro Palmeiras de Cascavel-PR.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo realizado com 23 (vinte e três) pacientes, sendo 20 mulheres e 3 homens que freqüentavam uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de Cascavel, Paraná, realizado no mês de Agosto de 2006. Participaram do estudo indivíduos com idade maior de 20 anos, com diagnóstico confirmado de Hipertensão Arterial Sistêmica.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao comitê de ética, sendo aprovado com o parecer n° 229/2006 em junho de 2006. A pesquisa foi realizada individualmente, antes da avaliação antropométrica foi entregue aos indivíduos o termo de consentimento livre e esclarecido, para que lessem, e se concordassem assinassem o termo para participar da pesquisa.

A avaliação dos pacientes foi realizada através da análise do IMC (Índice de Massa Corpórea) para população de adultos a OMS, 1995 – 1997 preconiza os seguintes pontos de corte, 17 – 18,4 Magreza grau III, 18,5 – 24,9 Eutrofia, 25 – 29,9

Pré-obeso/Sobrepeso, 30 – 34,9 Obesidade grau I, 35 – 39,9 Obesidade grau II e \geq 40 Obesidade grau III, para idosos LIPSCHITZ, 1994 preconiza, < 22 Magreza, 22 – 27 eutrofia e > 27 Excesso de peso.

Para mensurar o peso foi utilizada balança digital da marca Plenna. Foi solicitado aos indivíduos que permanecessem com pouca roupa, sem sapatos e os pés no centro da plataforma. A altura foi medida utilizando uma fita métrica inelástica fixa na parede, e um esquadro. Colocou-se o indivíduo junto a superfície tocando 5 pontos do corpo na parede: calcanhares, panturrilhas, nádegas, costas e cabeça. Os braços ficaram estendidos ao longo do corpo. O pesquisador segurou o queixo do indivíduo com a mão esquerda e com a direita manipulou o esquadro na fita. Baixou-se delicadamente o esquadro até o topo do crânio comprimindo o cabelo e registrou-se o resultado em cm.

Foram selecionados 40 participantes hipertensos do grupo Hiperdia presentes na data de avaliação, dentre os quais 23 indivíduos com diagnóstico de HAS, com faixa etária acima de 20 anos aceitaram participar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista no consultório da Unidade Básica de Saúde com questionário individual, foram solicitados os dados pessoais, histórico pessoal e familiar e hábitos alimentares. Após a coleta dos dados o estudo foi finalizado através de uma palestra sobre alimentação saudável com ênfase na pirâmide alimentar, enfatizando a diferença de alimento e nutriente, e alimentos permitidos e evitados para o consumo de pacientes hipertensos, a qual foi realizada com o mesmo grupo.

A análise dos dados buscou verificar a alimentação através de questionário realizado com cada indivíduo hipertenso, seus dados antropométricos (peso, altura e idade) e o diagnóstico do IMC. A reeducação alimentar foi abordada através de orientação nutricional coletiva, indicando alimentos e quantidades dos mesmos a serem ingeridos pelos pacientes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 23 participantes, sendo que 20 eram do gênero feminino e 3 do gênero masculino, com idade superior a 20 anos, dentre eles 20 (86,95%) exerciam ocupações do lar e eram aposentados, 1 (4,34%) agricultor, 1 (4,34%) carpinteiro e 1 (4,34%) vendedora. A amostra verificou que todos os indivíduos faziam uso de anti-hipertensivo onde na interação droga e nutriente pode ocorrer perda de proteínas, cálcio e magnésio, que interferem na biodisponibilidade do fármaco. Alguns efeitos colaterais podem ocorrer, entre eles estão como náuseas, vômitos, anorexia, disgeusia, xerostomia, diarreia/constipação, úlcera péptica e possíveis reações adversas com tosse, cefaléia, fadiga e aumento da glicemia em diabéticos e diuréticos para o controle da HAS (DEF, 98/99; MARTINS, MOREIRA & PIEROSAN, 2003).

Segundo Filho (2000), a pressão arterial também sofre influência da idade; é mais baixa em crianças, e em situações normais, eleva-se gradualmente em muitas pessoas até a terceira década de vida.

Antes dos 50 anos é menor em mulheres do que em homens, propondo um efeito protetor do estrogênio. Após a menopausa, a prevalência aumenta em mulheres e excede a dos homens (GOLDMAN & AUSIELLO, 2005).

A maioria dos participantes apresentaram funcionamento intestinal regular de acordo com a frequência e consistência das fezes, sendo estes 17 (73,91%) e 6 (26,08%) apresentaram constipação, já quanto à frequência de micção 2 (8,69%) apresentavam oligúria, 4 (17,39%) poliúria e 17 (73,91%) sem alterações. Dentre estes 22 (95,65%) dos participantes não eram fumantes e 100% dos indivíduos não ingeriam bebidas alcoólicas. A respeito do uso de sal e óleo, todos relatavam uso moderado na sua alimentação, onde analisou-se a frequência diária do consumo de sal e alimentos embutidos através de relatos dos pacientes em medidas caseiras.

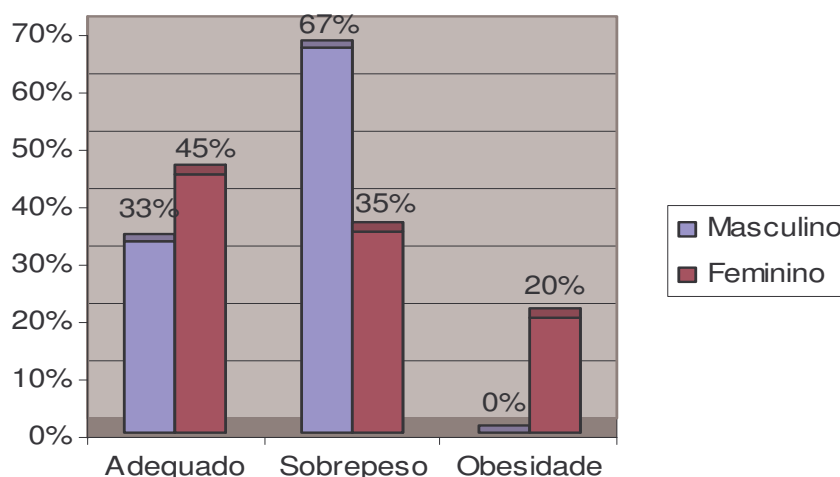
O IMC é obtido através da divisão do peso corporal em Kg pela altura do indivíduo em metros, elevada ao quadrado. Pacientes com IMC acima de 27Kg/m² apresentam maior índice de mortalidade, podendo ter correlação entre obesidade, cifras de pressão arterial e taxas de colesterol sérico elevado (SANTOS, SILVA & BECKER, 2003).

Uma vez alcançado peso corporal desejado, torna-se primordial a manutenção para restabelecimento da saúde. O ideal é que haja a prática regular de

exercícios físicos e IMC mantido entre 18,5 e 25 Kg/m² para indivíduos adultos e 22 a 27 Kg/m² para indivíduos idosos (DUARTE *et al*, 2005; SANTOS, SILVA & BECKER, 2003).

Através do gráfico 1 podemos observar o Estado Nutricional dos avaliados.

GRÁFICO 1 – Distribuição dos pacientes segundo diagnóstico de IMC



Se o indivíduo apresentar sobrepeso, perder alguns quilos já ajudará a reduzir a pressão arterial. O peso corpóreo é determinante da pressão sangüínea na maioria dos grupos étnicos e em todas as idades. O índice de massa corpórea (IMC) superior a 27 é correlacionado ao aumento da pressão arterial. O ganho de peso durante a vida adulta é responsável por boa parte do aumento da pressão arterial encontrado no envelhecimento (SWATZBERG & MARGEN, 2003; ERMAN & CÉSAR, 2000).

Perda de peso em pacientes obesos deve ser encorajada, pois o excesso de massa corporal aumenta o trabalho cardíaco durante o exercício (GIBBS, JACKSON & LIP, 2000).

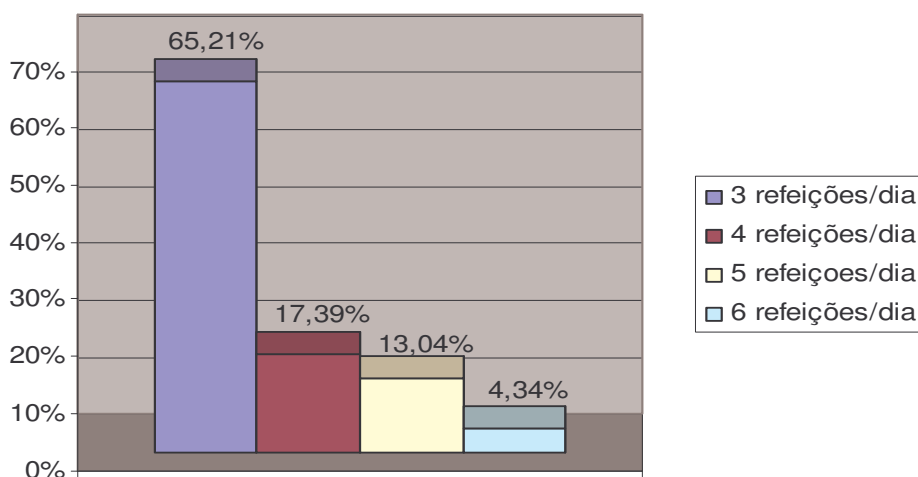
A prevalência da hipertensão arterial é maior em indivíduos com excesso de peso, elevando-se a incidência para 50% entre 40 e 60 anos de idades (AUGUSTO *et al*, 2002; GUEDES *et al*, 2005).

Quanto aos hábitos alimentares a maioria dos entrevistados realizavam apenas 3 refeições ao dia, dificultando a diminuição do peso corporal, sabe-se que ficar muito tempo em jejum vai interferir na hora que for realizar a próxima refeição,

tanto no consumo exagerado dos alimentos, como na digestão e absorção dos mesmos, não sendo adequado dentro dos planejamentos alimentares.

Segue abaixo o gráfico 2 que demonstra o fracionamento das refeições.

GRÁFICO 2 - Distribuição do fracionamento de refeições ao dia:



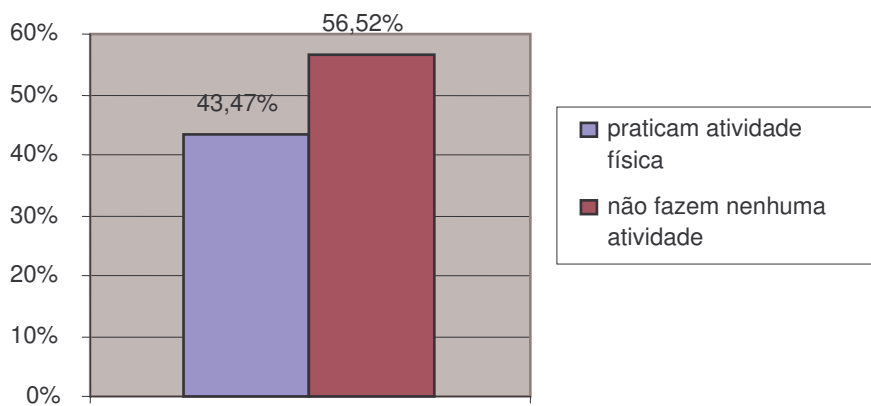
Os pacientes podem apresentar uma diminuição do apetite, o que pode ser relacionada com o tratamento farmacológico, além disso, podem ter distúrbios metabólicos, e congestão hepática (GIBBS, JACKSON & LIP, 2000).

Entre os pacientes da amostra, 10 praticam atividade física como caminhada, alongamento e bicicleta e 13 não fazem nenhuma atividade conforme indicado no gráfico 3. Indivíduos com baixa atividade física têm 20 a 50% mais probabilidade de desenvolver hipertensão. Um aumento na atividade, de baixa a moderada intensidade, com duração de 30 a 45 minutos, em alguns dias da semana, é um importante reforço para outras estratégias de prevenção primária da hipertensão (MAHAN & ESCOTT-STUMP, 2002 & SWATZBERG & MARGEN, 2003).

O exercício tem beneficiado pacientes com problemas cardíacos, têm demonstrado uma melhora nos sintomas, melhor qualidade de vida e melhor capacidade funcional. Pacientes estáveis devem ser encorajados a participar de programas de exercícios supervisionados. Os pacientes devem conhecer seus limites, e fadiga excessiva ou falta de ar devem ser evitadas: benefícios do exercício em pacientes com HAS têm efeitos positivos nos músculos esqueléticos, melhora da função autonômica, função neuro-hormonal e sensibilidade à insulina (GIBBS, JACKSON & LIP, 2000).

Segundo Lopes, Barreto-Filho & Riccio (2003), “a prática da atividade física de rotina deve ser estimulada pelo impacto positivo (redução) na pressão arterial, por contribuir para a redução do peso corpóreo e, sobretudo, pela melhora da qualidade de vida e bem-estar social do paciente”.

GRÁFICO 3 - Porcentagem em relação atividade física



Em relação ao consumo de água 16 (69,57%) “Bebo água só na hora que tomo remédio e quando sinto sede” e 7 (30,43%) ingerem mais de dois litros ao dia.

A restrição hídrica deve ser considerada em pacientes com sintomas severos, os quais requerem uma alta dose de diuréticos e em pacientes com tendência a excessiva ingestão hídrica. Alta ingestão hídrica negativa aos efeitos positivos dos diuréticos e induz a uma baixa quantidade de sódio no sangue (GIBBS, JACKSON & LIP, 2000).

A proporção de água no organismo varia de indivíduo para indivíduo de acordo com sexo e idade. As pessoas obesas possuem menor proporção de água do que os magros. No obeso os diuréticos promovem perda de água, que já é naturalmente reduzida, podendo levar a risco de vida (WAITZBERG, 2002).

Terapia Nutricional

O tratamento para o controle da hipertensão arterial inclui, além da utilização de drogas anti-hipertensivas, a modificação de hábitos de vida, que favorecem a

redução da pressão arterial (PÉRES, MAGNA & VIANA, 2003; CUPPARI, 2005; COELHO *et al*, 2005; ROCHA *et al*, 1997).

Modificar hábitos de vida envolve mudanças na forma de viver e na própria idéia de saúde que o indivíduo possui. A concepção de saúde é formada por meio da vivência e experiência pessoal de cada indivíduo, tendo estreita relação com suas crenças, idéias, valores, pensamentos e sentimentos (PÉRES, MAGNA & VIANA, 2003).

A mudança no estilo de vida é a terapia definitiva para alguns indivíduos e uma terapia coadjuvante para todos os outros indivíduos com hipertensão. Dependendo do grupo de risco, 6 a 12 meses de mudanças amplas no estilo de vida poderiam ser tentadas antes da introdução da terapia medicamentosa. Mesmo que as mudanças do estilo de vida não consigam completo controle da pressão arterial, elas poderão ajudar a aumentar a eficácia dos agentes farmacológicos e melhorar outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV) (MAHAN & ESCOTT-STUMP, 2002).

O tratamento não-farmacológico é um conjunto de medidas terapêuticas, que têm como principal objetivo diminuir a morbimortalidade por meio de tratamento dietético, com o coadjuvante do tratamento dietético, temos também várias medidas importantes como a redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo, redução do peso corpóreo, prática de atividade física moderada e controle do estresse doméstico e do trabalho (CUPPARI, 2005; GOLDMAN & AUSIELLO, 2005).

Torna-se evidente que as medidas não-medicamentosas dependem de mudanças no estilo de vida de forma permanente.

Tratamento dietético

Uma dieta adequada e balanceada é aquela que fornece todos os nutrientes essenciais para o estabelecimento de uma boa saúde; conhecida também como a que substitui os alimentos processados e refinados pelos naturais e reduzindo a ingestão de açúcar, sal, gorduras, cafeína, aditivos e conservantes nos alimentos (SMELTZER & BARE, 1999).

O valor energético total (VET) e os carboidratos devem ser adequados às necessidades do indivíduo, como a maioria dos hipertensos tem excesso de peso, normalmente este VET é hipocalórico. As proteínas são necessárias para manutenção dos tecidos, já os lipídeos devem ser controlados para favorecer a perda ou manutenção do peso (REIS & COPLE, 1999).

A redução do consumo de sal é sempre a primeira medida a ser tomada no tratamento de pessoas que desenvolveram hipertensão arterial. Os alimentos já contêm o suficiente de sal para atender as necessidades do corpo que são somente 250mg de sal por dia. Estima-se que a maioria das pessoas consome, em média, de 4g a 8g de sal diariamente, enquanto o recomendado é um máximo de 2g diários (SWATZBERG & MARGEN, 2003 & LIPP, 1996).

A restrição de sódio à 2g/dia pode ser útil, associada com o tratamento com altas doses de diuréticos, particularmente se a doença está em estágio avançado, em geral os pacientes devem ser aconselhados a evitar alimentos ricos em sódio (leite, queijos, chocolate branco, amendoim salgado, salsichas, carne seca, bacon, peixe defumado entre outros) e não adicionar sal aos alimentos ingeridos (GIBBS, JACKSON & LIP, 2000).

Os pacientes demonstraram muito interesse pela palestra ministrada, pois muitos não tinham conhecimento pelo sódio contido nos alimentos e apenas reduziam o sal adicionado as preparações.

A alimentação do hipertenso deve ser planejada de modo que se coma diariamente um ou mais alimentos ricos em potássio. Uma dieta rica em potássio e baixa em sódio pode prevenir lesões nas artérias e nos rins, mesmo que a pressão arterial não seja reduzida, ingerir uma dieta rica em frutas, vegetais e produtos derivados de leite com baixo teor de gordura é de extrema importância (SWATZBERG & MARGEN, 2003; LIPP, 1996).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma patologia importante e de alta prevalência, e o tratamento não-farmacológico (reeducação alimentar) proporciona inúmeros benefícios ao indivíduo, a prevenção de possíveis complicações da HAS, deve ser sempre adotada, principalmente no que se refere à diminuição do peso corpóreo com adoção de um planejamento alimentar específico

para os portadores de hipertensão, incluindo a prática de atividade física regular e que seja corretamente indicada por um profissional da área.

Espera-se que o nutricionista, por desempenhar um papel importante na modificação de hábitos alimentares, interfira diretamente na saúde, melhorando assim a qualidade de vida da população, pois a incorporação de novos hábitos de vida garante que os benefícios alcançados sejam duradouros.

REFERÊNCIAS

ACQUA'DELL, M. C. Q. *et al.* **Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial.** Revista Latino-americana de enfermagem, 1997. disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691997000300007&script=sci_arttext acesso dia 14 mar 2006.

AUGUSTO A. L. P *et al.* **Terapia Nutricional.** Editora Atheneu, São Paulo: 2002.

CASTRO, I. *et al.* **Cardiologia:Princípios e prática.** Porto Alegre: artes médicas, 1999.

COELHO E B *et al.* Relação entre assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** São Paulo, v.85, n.3, 2005.

CUPPARI, L. **Nutrição Clínica no Adulto.** 1 ed, Barueri. São Paulo: Manole, 2005.

Dicionário de Especialidades Farmacêuticas - DEF, 27^a edição. Rio de Janeiro: MERCK- RJ, 1998-1999.

DUARTE, A. C *et al.* **Síndrome metabólica, semiologia, bioquímica e prescrição nutricional.** Editora Axcel Books do Brasil Ltda, 2005.

ERMAN, A., CÉSAR, L. A. M. **Manual de Cardiologia-SOCESP.** São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

FILHO, G. B. **Bogliolo patologia.** 6^aedição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

GIBBS, C. R., JACKSON, G., LIP, G. Y. H. **Non-drug management.** British medical journal, v.320, 5 february, 2000.

GOLDMAN, L., AUSIELLO, D. **Tratado de Medicina Interna**. Editora Elsevier, Rio de Janeiro: 2005.

GUEDES, N. G. *et al.* Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. **Revista de Esc Enferm USP**, v.39, n.2, p.181-8, 2005.

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

JARDIM, P. C. B. V. Cuidado da hipertensão no consultório. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. V.85 n.5 São Paulo Nov. 2005. Acesso em: 18 ago. 2006.

LIMA-COSTA M F., PEIXOTO, S. V., FIRMO, J. O. A. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). **Revista de saúde pública**, v.38, n.5 São Paulo: 2004.

LIPP, N. M. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida**: Um guia de tratamento para hipertenso, 2ª edição, Campinas, São Paulo: Editora Papirus, 1996.

LOPES H. F., BARRETO-FILHO, J. A. S., RICCIO, G. M. G. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Sociedade de Cardiologia Estado de São Paulo**, v.13 n.1 janeiro/fevereiro de 2003.

MAHAN, L. K. ESCOTT-ESTUMP,S.E. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 10 ed. São Paulo: Roca, 2002.

MARTINS, C., MOREIRA, S. M., PIEROSAN, S. R. **Interações Droga-Nutriente**. 2ª ed. Nutroclínica, Curitiba- Paraná: 2003.

MASCARENHAS, C. H. M., OLIVEIRA, M. M . L., SOUZA, M. S. Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do bairro Joaquim Romão-Jequiéiba. **Rer. Saúde. Com**, v.2, n.1, p. 30-38, Jequié – BA, 2006.

MION JR, D., PIERIN, A. M. G., GUIMARÃES, A. Tratamento da hipertensão arterial: Respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Revista Associação Médica Brasileira**, v.47 n.3, p.249-254, 2001. Disponível em <<http://www.scielo.r/pdf/ramb/v.47 n.3/6550.pdf>> Acesso em: 16 out. 2006.

PERES, D. S., MAGNA. J. M., VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de saúde pública**, 2003 de Acesso dia 14 mar 2006.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**, 4ª edição, editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro-RJ, 2001.

REIS & COPLE. **Nutrição clínica na hipertensão arterial**. Editora Revinter, Rio de Janeiro-RJ: 1999.

ROCHA, A. T. *et al.* Manuseio nutricional na hipertensão arterial. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, v.7, n.4 Jul/Ago 1997.

SALA A., FILHO, A. N., ELUF-NETO, J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v30, n.2 São Paulo: 1996.

SANTOS, Z. M. S. A., SILVA, R. M., BECKER, S. L. M. **Avaliação do índice de massa corporal (IMC) em mulheres hipertensas**, 2003. Disponível em: <http://www.unifor.br/hp/revista_saude/v16/artigo6.pdf> Acesso em: 16 out. 2006.

SIMONETTI, J. P., BATISTA, L., CARVALHO, L. R. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.10 n. 3 Ribeirão Preto May/June 2002.

SMELTZER, S. C. BARE B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. V 2 8ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

_____. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SWATZBERG, J. E., MARGEN, S. **O guia completo da saúde**. São Paulo: grupo saúde e vida, 2003.

WAITZBERG, D.L. **Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. 3 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

WILLIAMS B *et al.* **British hypertension society guidelines for hypertension management**, 2004 (BHS-IV).