

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA**

DEISI BAUER MACHADO

**ESTADO NUTRICIONAL EM GRUPOS DE HIPERDIA DE UM
MUNICÍPIO DO LITORAL NORTE DO RIO GRANDE DO SUL.**

CRICIÚMA

2012

DEISI BAUER MACHADO

**ESTADO NUTRICIONAL EM GRUPOS DE HIPERDIA DE UM
MUNICÍPIO DO LITORAL NORTE DO RIO GRANDE DO SUL.**

Monografia apresentada ao Setor de Pós-Graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC para obtenção de título de Especialista em Nutrição Clínica.

Orientador (a): Prof. (a) MSc. Paula Rosane Vieira Guimarães

CRICIÚMA

2012

**Dedico este trabalho ao meu pai
Eduvirges (em memória), como forma de
mantê-lo vivo além do meu coração.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus** por me proporcionar a vida, o amor e a saúde.

Agradeço a minha **mãe**, Rosa Helena, por me ajudar não só financeiramente, mas também em todos os momentos em que mais precisei, agradeço simplesmente por ela existir.

Agradeço ao **setor de pós-graduação da UNESC**, pelo carinho e atenção com que me receberam neste curso.

Agradeço a professora Mestre **Paula Rosane Vieira Guimarães**, pelo aceite em ser minha orientadora neste trabalho, pelos ensinamentos passados e por estar sempre disposta a me ajudar.

Agradeço a **Prefeitura Municipal de Dom Pedro de Alcântara**, por me proporcionar a oportunidade de realização deste trabalho.

Agradeço em especial ao Secretário de Saúde, **Sandro Webber**, por permitir a realização desta pesquisa, e pelo bom humor com que sempre me recebe.

Agradeço a toda a **equipe da Secretaria de Saúde** pelo apoio nesta pesquisa, em especial as **Técnicas de Enfermagem** e as **Agentes Comunitárias de Saúde**.

Agradeço principalmente a todos os **usuários dos grupos de Hiperdia**, por terem gentilmente aceito participar da pesquisa e pelo carinho com que sempre me receberam.

Agradeço ao meu namorado **Tiago**, sempre que precisei esteve prontamente ao meu lado.

Agradeço também as amigas **Elenita** e **Fernanda**, companheiras constantes desde a graduação.

“Mudar é difícil, mas é possível”.

Paulo Freire

Resumo

Durante os últimos trinta anos, houve uma grande mudança do perfil de morbimortalidade da população brasileira com amplo predomínio das doenças crônicas, dentre elas a Hipertensão Arterial (HAS) e o *Diabetes Mellitus* (DM) são as mais comuns. Este estudo teve por objetivo avaliar o estado nutricional de usuários participantes de quatro grupos de Hiperdia em um município do litoral norte do Rio Grande do Sul. Esta pesquisa se caracterizou como do tipo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa. O estudo contemplou quatro grupos do programa Hiperdia, do município de Dom Pedro de Alcântara, RS com a participação 73 usuários do SUS. Foram coletados dados antropométricos para cálculo de IMC, classificado conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995). Para os usuários com mais de 60 anos foi utilizada a classificação de Lipischitz (1994). Com relação à medida da circunferência da cintura, os pontos de corte adotados, que diferem segundo o sexo, seguem as recomendações da Organização Mundial da Saúde (WHO 1998). A entrevista foi feita logo após a coleta dos dados antropométricos, utilizando-se um questionário que continha questões sobre o conhecimento dos usuários a doença HAS e DM, bem como condições socioeconômicas. Os dados foram totalizados no Programa Epidata 3.0 e analisados de forma descritiva utilizando-se o software Epi Info™ versão 6.0. para os testes estatísticos. A participação de idosos foi de 74% (54) e 26% (19) de adultos. A idade média foi de 65,3 anos (± 9.46), a idade mínima ficou em 41 a máxima em 90 anos, o sexo feminino prevaleceu com 71,2% (52) e o masculino com 28,8% (21). Os usuários do HiperDia são na maioria aposentados e agricultores, pertencentes a uma classe social relativamente baixa e com baixa escolaridade, a maioria dos usuários 76,7% possuem o ensino fundamental incompleto. A média de peso foi de 73.260kg (± 13.402) variando de 44 kg a 118 kg, altura com média de 160 cm (± 0.08) com a mínima de 138 cm e máxima de 178 cm. O IMC médio para todos os participantes foi de 28.30 kg/m² (± 4.54) apontando tanto para a fase adulta como idosa um diagnóstico nutricional de sobrepeso. A medida da circunferência da cintura apresentou média geral elevada conferindo risco aumentado de doença cardiovascular. Ao questionar os usuários se eles sabiam o que era DM e/ou HAS, a maioria 68.5% respondeu que sim (50) e 31.5% (23) disseram não saber. O fato de não saber e o que pode causar estas duas patologias pode estar associado à baixa escolaridade dos usuários. Os que sabem, relataram que tanto o DM quanto a HAS podem causar infarto e derrame. A maioria dos entrevistados 87.7% (64) relataram que procuram controlar o peso e quase todos 94.6% (69) sabem da importância da dieta adequada para o tratamento da HAS e do DM2. Grande parte da amostra 89% (65) já recebeu orientação de dieta. Embora esteja informada e acredite na importância da alimentação no tratamento do DM e HAS, uma parcela importante dos usuários não segue as orientações recebidas 15.1% (11). Estes resultados confirmam a necessidade da permanência e ampliação das ações preventivas, como as orientações nutricionais na atenção básica de saúde, que visam à promoção de uma alimentação saudável. A conselha-se que seja realizada avaliação antropométrica de forma contínua nos grupos do Programa HiperDia, juntamente com a inserção do profissional Nutricionista na equipe multiprofissional.

Palavras-chave: HiperDia. Estado Nutricional. Diabetes. Hipertensão.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Classificação do IMC.....	23
Tabela 2. Classificação do IMC para Idosos.....	24
Tabela 3. Classificação da Circunferência da Cintura.....	24
Tabela 4 – Distribuição dos Grupos por Gênero dos Usuários do Hiperdia em um Município do Litoral Norte do RS.....	25
Tabela 5 – Indicadores Socioeconômicos por Gênero dos Usuários do Hiperdia em um Município do Litoral Norte do RS.....	26
Tabela 6 - Indicadores Socioeconômicos dos Usuários do Hiperdia em um Município do Litoral Norte do RS.....	28
Tabela 7 – Avaliação do Estado Nutricional pelo IMC e Gênero dos Participantes dos Quatro grupos de Hiperdia de um Município do Litoral Norte do Rio Grande do Sul,	29
Tabela 8 – O Conhecimento Sobre Hipertensão e Diabetes dos Usuários dos Quatro Grupos de Hiperdia de um Município do Litoral Norte do Rio Grande do Sul,	32
Tabela 9 – Uso de tempero e adoçantes referidos pelos usuários participantes do Hiperdia em um Município do Litoral Norte do RS.....	33
Tabela 10. Outros fatores referidos pelos usuários participantes do Hiperdia em um Município do Litoral Norte do RS.....	35
Tabela 11. Participação em grupos ou clubes pelos usuários participantes do Hiperdia em um Município do Litoral Norte do RS.....	36
Tabela 12 – Dificuldades em seguir o tratamento referido pelos usuários participantes do Hiperdia em um Município do Litoral Norte do RS.....	37
Tabela 13 – Variáveis Relacionadas à Alimentação Referidas pelos Quatro Grupos de Hiperdia de um Município do Litoral Norte do RS.....	38
Tabela 14 – Opinião sobre as reuniões do HIPERDIA Referidas pelos Quatro Grupos de Hiperdia de um município do Litoral Norte do Rio Grande do Sul.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

ADA- *American Diabetes Association*

A1C- teste de hemoglobina glicada

CC- Circunferência da Cintura

DBH- Diretriz Brasileira de Hipertensão

DM- Diabetes Mellitus

DCV- Doença Cardiovascular

DCNT- Doença Crônica Não Transmissível

ESF- Estratégia em Saúde da Família

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC - Índice de Massa Corporal

kg/m²- Kilograma por metro quadrado

mg - miligrama

mmHg- milímetro de Mercúrio

OMS- Organização Mundial da Saúde

PA- Pressão Arterial

RS- Rio Grande do Sul

SUS- Sistema Único de Saúde

SBD- Sociedade Brasileira do Diabetes

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNESC- Universidade do Extremo Sul Catarinense

WHO- *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 O PROBLEMA.....	11
1.2 OBJETIVOS	13
1.2.1 Geral.....	13
1.2.2 Específicos	13
1.3 Justificativa.....	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 HIPERDIA	15
2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL	16
2.3 DIABETES MELLITUS	17
2.4 SOBREPESO E OBESIDADE.....	18
2.5 TERAPIA NUTRICIONAL NO DM E HAS	19
3 METODOLOGIA	21
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	21
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	21
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	22
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	22
3.5 COLETA DE DADOS	22
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	24
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	24
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA	24
4.2 PERFIL SÓCIOECONÔMICO DOS PARTICIPANTES DOS QUATRO GRUPOS DE HIPERDIA	25
4.3 ESTADO NUTRICIONAL DOS PARTICIPANTES DOS QUATRO GRUPOS DE HIPERDIA	28
4.4 CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA HAS E DM DOS PARTICIPANTES DOS QUATRO GRUPOS DE HIPERDIA	30
5 CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES.....	48

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	49
APÊNDICE II - Questionário.....	50
APÊNDICE III - Autorização da Secretaria de Saúde de Pedro de Alcântara - RS...	52
ANEXO.....	53

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Problema

Durante os últimos trinta anos, houve uma grande mudança do perfil de morbimortalidade da população brasileira com amplo predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas o câncer e as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2011).

Dentre as doenças crônicas, a hipertensão arterial e o *Diabetes mellitus* são as mais comuns, as quais o tratamento e controle demandam alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida. Estas alterações podem afetar a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da gravidade das complicações que derivam destas patologias (MIRANZI et al 2008).

A prevalência de hipertensão em diabéticos é pelo menos duas vezes maior do que em não diabéticos, e adultos diabéticos que chegam aos 65 anos sem HAS têm aproximadamente 90% de chance de se tornarem hipertensos (MARTINS et al, 2010).

Estimativas recentes da OMS projetam um aumento expressivo do número de indivíduos com diabetes até o ano de 2030. Nessa data, espera-se um universo de aproximadamente 366 milhões de indivíduos diabéticos, dos quais aproximadamente 90% apresentarão DM2 (GOMES et al, 2006).

A obesidade é considerada um fator de risco independente, portanto, é crescente o interesse em utilizar parâmetros antropométricos clássicos para a detecção da obesidade, tais como peso (P), altura (A). A partir destas medidas é possível calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) que é amplamente utilizado como indicador de adiposidade corporal, freqüentemente associado a complicações metabólicas e cardiovasculares (SILVA et al 2010).

O padrão alimentar da população urbana brasileira sofreu modificações significativas, com acréscimo no consumo de proteínas de origem animal, e lipídios de origem animal e vegetal, e diminuição no consumo de cereais, leguminosas, raízes e tubérculos o que associado a fatores como hereditariedade, obesidade e inatividade física tem contribuído para a elevação na prevalência da hipertensão e do diabetes (MARTINS et al, 2010).

Cumprir a dieta adequada é parte essencial no tratamento do diabetes. Vários estudos têm registrado um baixo seguimento dos pacientes à dieta recomendada. O ato de comer é bastante complexo e não significa apenas a ingestão de nutrientes, mas envolve também uma magnitude de emoções e sentimentos, além de valores culturais específicos (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006)

Várias estratégias e ações vêm sendo adotadas pelo Ministério da Saúde, para reduzir o ônus das doenças cardiovasculares na população brasileira como as medidas contra o tabagismo, as políticas de alimentação e nutrição e de promoção da saúde com ênfase na escola e, ainda, as ações de atenção à hipertensão e ao diabetes com garantia de medicamentos básicos na rede pública, protocolos e capacitação de profissionais de forma presencial e à distância, etc. (BRASIL, 2011).

No Brasil, a hipertensão arterial e o diabetes são responsáveis, de longe, pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise (BRASIL, 2011).

A carga econômica dessas doenças gera elevados custos para os sistemas de saúde e da previdência social devido à mortalidade e invalidez precoces, e, sobretudo para a sociedade, famílias e as pessoas portadoras (BRASIL, 2011).

É muito importante ressaltar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento desses agravos e de suas complicações, informações e evidências estas que devem estar disponíveis para que pessoas e comunidades tenham acesso e possam delas se beneficiar (BRASIL, 2011).

Com propósito de reduzir a morbi-mortalidade relacionada às doenças crônicas, o Ministério da Saúde implantou em 2002, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus. Além disso, foi possível disponibilizar aos estados e municípios, um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Portadores de Hipertensão e Diabetes, conhecido por HiperDia (BORBA ; MUNIZ 2011).

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

Avaliar o estado nutricional de usuários participantes de quatro grupos de Hipertensão em um município do Litoral Norte do Rio Grande do Sul.

1.2.2 Específicos

- Caracterizar o estado nutricional de usuários participantes dos quatro grupos de Hipertensão;
- Apresentar o perfil socioeconômico dos usuários participantes dos quatro grupos de Hipertensão;
- Identificar o conhecimento sobre a doença de HAS e DM dos participantes dos quatro grupos de Hipertensão;
- Investigar o conhecimento dos participantes dos quatro grupos de Hipertensão, sobre as recomendações alimentares;

1.3 Justificativa

Sabe-se que a Hipertensão e o Diabetes são doenças encontradas com frequência em uma mesma pessoa e são a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Brasil. E sabe-se também que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento dos agravos e complicações destas patologias (BRASIL, 2011).

O acompanhamento da equipe multidisciplinar nas reuniões mensais de Hipertensão é fundamental para que pessoas e comunidades tenham acesso a informações e possam se beneficiar no controle e prevenção do Diabetes e da Hipertensão Arterial (BRASIL, 2011).

A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde (IV DBH, 2010).

O tratamento e controle destas doenças demandam alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida,

portando se torna de grande valia avaliar o estado nutricional e conhecimento sobre recomendações alimentares nos grupos de Hiperdia, para que através dos resultados obtidos sejam desenvolvidas estratégias que visem à melhora do estado nutricional e o seguimento das recomendações nestes grupos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Hiperdia

No Brasil, o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), foi criado em 2002 pelo Ministério da Saúde, como parte do plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus* (BRASIL, 2011).

O HIPERDIA é um sistema de informação em saúde que tem como principais objetivos gerar informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos aos pacientes cadastrados e fornecer subsídios para o planejamento da atenção à saúde dos diabéticos e hipertensos (BRASIL, 2011).

Para o tratamento da hipertensão arterial, foram estabelecidos os medicamentos Captopril comp. 25 mg, Hidroclorotiazida comp. 25 mg e Propranolol comp. 40 mg e para o tratamento do diabetes mellitus os hipoglicemiantes orais Glibenclamida comp. 5 mg e da Metformina comp. 850 mg. além da insulina NPH-100 disponibilizada na rede sistematicamente (BRASIL, 2011).

Através do Sistema HIPERDIA é possível delinear o perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados. Os indicadores de controle de hipertensos e diabéticos podem ser uma ferramenta importante para os gestores e planejadores de saúde na formulação e avaliação de políticas públicas (BORBA; MUNIZ, 2011).

Os sistemas e tecnologia de informação e os registros computadorizados permitem que a equipe cuidadora acesse informações e dados clínicos do paciente de maneira ágil e adequada, contribuindo para o melhor gerenciamento do cuidado e o monitoramento dos resultados.

O SISHiperdia é um sistema informatizado que permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, captados e vinculados às unidades de saúde ou equipes da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde - SUS, gerando informações para profissionais e gestores das secretarias municipais, estaduais e ministério da saúde (BRASIL, 2011).

2.2 Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial sistêmica (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, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (IV DBH, 2010).

Com alta prevalência e baixas taxas de controle a HAS é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, ininterrupta e independente (IV DBH, 2010).

De acordo a IV Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010), inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos com prevalência de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres.

A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil, a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade. A ingestão excessiva de sódio e a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo estão associados com o aumento da PA (IV DBH, 2010).

Desde idades jovens o excesso de peso se agrega com maior prevalência de HAS. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, aumento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) causa maior risco de desenvolver hipertensão, bem como a obesidade central (IV DBH, 2010).

A redução da PA e a mortalidade são alcançadas com mudanças de estilo de vida. A adoção de hábitos saudáveis deve ser praticada desde a infância e a adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e de álcool, ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e ao tabagismo (IV DBH, 2010).

2.3 Diabetes Mellitus

O diabetes mellitus (DM) é grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia. Essa hiperglicemia é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos (SBC, 2006).

A classificação atual do DM proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e diabetes mellitus gestacional. Ainda existem duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento do DM e de doenças cardiovasculares (DCV) (SBC, 2006).

O desenvolvimento para o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ocorre ao longo de um período de tempo variável, passando por estágios intermediários que recebem a denominação de glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída. Estes estágios seriam decorrentes de uma combinação de resistência à ação insulínica e disfunção de célula beta. Já no diabetes mellitus tipo 1 (DM1) o início geralmente é abrupto, com sintomas indicando de maneira sólida a presença da doença (SBC, 2006).

O diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) é a forma presente em 90%-95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e na secreção da insulina. Em geral ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, porém pode haver predomínio de um deles. A maioria dos pacientes com essa forma de DM apresenta sobrepeso ou obesidade, e cetoacidose raramente desenvolve-se espontaneamente, ocorrendo apenas quando associada a outras condições como infecções (SBC, 2006).

Em 1997 o critério diagnóstico foi modificado pela American Diabetes Association (ADA), em seguida aceito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Foram definidos três critérios para o diagnóstico de DM: sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual acima de 200mg/dl; glicemia de jejum \geq 126mg/dl. Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição

do teste em outro dia; glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75g de glicose acima de 200mg/dl (SBD, 2006).

Segundo os novos padrões da ADA (2010) o teste de hemoglobina glicada (A1C) está agora indicado como um dos parâmetros para o diagnóstico do diabetes e de pré-diabetes. O diagnóstico de diabetes pode ser feito quando o nível de A1C for superior a 6,5%. Valores entre 5,7% e 6,4% são agora indicativos diagnósticos para pré-diabetes. Ficam mantidos os demais critérios diagnósticos baseados em testes de glicemia.

2.4 Sobrepeso e Obesidade

A obesidade caracteriza-se pelo peso acima de valores considerados adequados e constitui um fator de risco responsável pela mortalidade precoce e por doenças cardiovasculares. A obesidade se caracteriza pela elevada presença de tecido adiposo em relação à quantidade de outros tecidos. Esse aumento, na maioria das vezes, é ocasionado pelo desequilíbrio entre ingestão e gasto calórico (NASCENTE et al, 2009).

A maior taxa de obesidade ocorre em populações com maior grau de pobreza e menor nível educacional. Pode-se explicar essa associação pela maior palatabilidade e pelo baixo custo de alimentos de grande densidade energética, como açúcar e gorduras (ABESO, 2009).

O aumento das taxas de sobrepeso e obesidade associados às alterações do estilo de vida e ao envelhecimento populacional são importantes fatores que estão relacionados com o aumento da incidência de inúmeras patologias como Doença Isquêmica do Coração, Acidente Vascular Encefálico e Diabetes Mellitus tipo 2 e HAS (Montenegro Neto et al 2008).

O aumento de tecido adiposo na região abdominal, chamado de obesidade abdominal ou andróide, é considerado um fator de risco para muitas patologias, representando risco diferenciado quando comparada com outras formas de distribuição de gordura corporal (NASCENTE et al, 2009).

2.5 Terapia Nutricional no DM e HAS

A intervenção nutricional nos programas de controle de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tem como objetivo orientar o paciente a obter seu peso desejável por meio da escolha dos alimentos que compõem sua dieta; manter normais os níveis sanguíneos de glicose e contribuir para a melhoria de seu estado de saúde geral, prevenindo ou retardando as complicações relacionadas à nutrição (Aguiar; Halfoun;Gomes, 2006).

No tratamento do DM, a adoção de um plano alimentar saudável é essencial. Para estabelecer as necessidades nutricionais do indivíduo, o primeiro passo é realizar uma avaliação nutricional particularizada, incluindo a determinação de índice de massa corporal e circunferência abdominal (DIRETRIZES SBD 2006).

Conforme as recomendações da American Diabetes Association (ADA), de 2009, pacientes diabéticos com PA entre 130-139 mmHg e 80-89 mmHg podem ser tratados com modificação de estilo de vida por um tempo máximo de três meses. Se não houver resposta adequada, após esse período o tratamento medicamentoso deve ser iniciado (DBH IV, 2010).

No diabetes, os objetivos da terapia nutricional são, entre outros: atingir e manter níveis normais de glicemia, perfil lipídico e pressão arterial; prevenir e tratar as complicações crônicas do diabetes; promover alimentação saudável através da seleção correta de alimentos; atender às necessidades nutricionais individuais; diminuir a resistência à insulina por meio da perda moderada de peso e prevenção do ganho exagerado de peso (BATISTA et al, 2006).

Pesquisas recentes sugerem efeito complexo da ingestão de frutas e hortaliças no controle das doenças cardiovasculares e de outras morbidades. Neste sentido, o consumo insuficiente de frutas e hortaliças aumenta o risco de DCNT. A importância das frutas e hortaliças na alimentação é destacada pelo fato de que estas se constituem em fontes de minerais, vitaminas, fibras alimentares, antioxidantes e fitoquímicos que protegem o organismo contra o envelhecimento precoce, a aterosclerose e alguns tipos de câncer (MARTINS et al, 2010).

Segundo a IV DBH (2010) a redução da PA está associada à dieta do Mediterrâneo. O alto consumo de frutas e hortaliças revelaram ser inversamente proporcional aos níveis de PA, mesmo com um mais alto percentual de gordura. A

substituição do excesso de carboidratos nessa dieta por gordura insaturada induz a mais significativa redução da PA.

A necessidade diária de sódio para os seres humanos é de 5 g de cloreto de sódio ou sal de cozinha. O consumo médio do brasileiro corresponde ao dobro do recomendado. Apesar das diferenças individuais de sensibilidade ao sal, modestas reduções na quantidade de sal são, em geral, eficientes em reduzir a PA. Tais evidências reforçam a necessidade de orientação a hipertensos e “limítrofes” quanto aos benefícios da redução de sódio na dieta (IV DBH, 2010).

Na suplementação com altas doses diárias de óleo de peixe (Omega 3), observa-se uma redução discreta da PA, predominantemente nos idosos. Tem-se evidenciado que a ingestão de azeite de oliva reduz a PA, principalmente, devido ao elevado teor de ácido oléico (IV DBH, 2010).

É preconizado o consumo de fibras de no mínimo 20 gramas ao dia sob a forma de hortaliças, leguminosas, grãos integrais e frutas, que fornecem minerais, vitaminas e outros nutrientes fundamentais para uma dieta saudável (DIRETRIZES SBD 2006).

Recomenda-se que o plano alimentar seja fracionado em seis refeições, sendo três principais e três lanches. Quanto à forma de preparo dos alimentos, preferir os grelhados, assados, cozidos no vapor ou crus. Os alimentos *diet* e *light* podem ser indicados no contexto do plano alimentar, e não utilizados de forma exclusiva. Devem-se respeitar as preferências individuais e o poder aquisitivo do paciente e da família (DIRETRIZES SBD 2006).

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Esta pesquisa se caracterizou como do tipo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva tem como objetivo principal a definição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2005). Segundo o mesmo autor o modelo de pesquisa transversal apresenta-se como um corte instantâneo em uma população por meio de uma amostragem, descrevendo uma situação ou fenômeno em um momento não definido. Para a abordagem quantitativa, Oliveira (2002), diz que significa traduzir em números as informações e opiniões para serem classificados e analisados, podendo ser empregados recursos e técnicas estatísticas.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O presente estudo investigou usuários adultos e idosos freqüentadores de quatro grupos de Hiperdia no município de Dom Pedro de Alcântara/RS.

Dom Pedro de Alcântara é um município com aproximadamente 2.728 mil habitantes. O nome do município é uma homenagem ao Imperador do Brasil, Dom Pedro I, que fez doações de terras aos agricultores, formando atualmente o município. Os estabelecimentos de saúde disponíveis neste município são 100% municipalizados (IBGE, 2007). Existe uma unidade de Estratégia em Saúde da Família, sendo esta a responsável por organizar os grupos.

A pesquisa foi feita com usuários participantes de quatro grupos de Hiperdia, em quatro diferentes comunidades do Município de Dom Pedro de Alcântara RS, no momento da realização dos grupos. Existem oito grupos de hiperdia funcionando no município, porém foram selecionados intencionalmente quatro grupos por ser de mais fácil acesso a pesquisadora. Portanto tratou-se de uma amostra de conveniência por livre e espontânea adesão ao mesmo, não necessitando calculo amostral.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram inclusos todos os usuários participantes dos quatro grupos que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I).

Foram excluídos aqueles não pertencentes aos quatro grupos selecionados, que não aceitaram participar do estudo, e/ou portadores de alguma deficiência física que impossibilitasse a aferição de peso e estatura.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram coletados dados de peso e estatura para cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal). Para a verificação do peso foi utilizado uma balança mecânica disponibilizada pela própria Unidade de Saúde com capacidade de 120 kg e para a estatura foi usado um estadiômetro portátil (AVANUTRI), com 200 cm.

A medida da circunferência abdominal foi aferida com uma fita métrica (CESCORF®). A OMS estabelece como ponto de corte para risco cardiovascular aumentado medida de circunferência abdominal igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres caucasianos (ABESO, 2009).

Na população brasileira, utilizaram-se, em alguns estudos, os mesmos pontos de corte propostos pela OMS, indicando também ser bom um preditor de risco para doenças metabólicas, principalmente hipertensão arterial (ABESO, 2009).

Foi utilizado um questionário (APÊNDICE II) adaptado de Castro & Car, (1999) e Ávila, PRM, (2009), com questões de conhecimento dos usuários sobre a doença HAS e DM, bem como condições socioeconômicas para conhecimento da classe econômica conforme orientação da ABEP (2011) (ANEXO I).

3.5 COLETA DE DADOS

Inicialmente foi entregue uma carta de apresentação (APÊNDICE III) para o Secretário de Saúde do município de Dom Pedro de Alcântara, onde foi solicitada a permissão para a realização da pesquisa. Depois de obtida a permissão e após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, na reunião mensal de cada

grupo do Hiperdia foi realizada a pesquisa. Na própria reunião foi entregue o TCLE aos participantes do grupo que depois de assinado e consentido foi dado início a coleta de dados.

A coleta do peso foi feita com os indivíduos posicionados sobre o centro da plataforma, descalços e com roupas leves. A estatura foi obtida com os indivíduos em posição ereta, descalços, com os pés unidos e em paralelo, sem adornos na cabeça, assegurando que o sujeito estivesse na posição correta para proceder à leitura e o registro da estatura (PETROSKI, 2011).

Para a aferição de circunferência da cintura foi utilizada uma fita métrica (CESCORF®). O indivíduo encontrava-se em posição ortostática e o avaliador de frente para o avaliado. A aferição foi realizada passando-se a fita em torno do avaliado, na região abdominal, em seu menor perímetro, de trás para frente tendo-se o cuidado de manter a fita no plano horizontal. A seguir foi procedida a leitura, após o avaliado realizar uma expiração normal. Em obesos, foi medido o perímetro do abdome (geralmente situado à altura da cicatriz umbilical) (PETROSKI, 2011).

A entrevista, utilizando-se o questionário (Apêndice II) foi feita logo após a coleta dos dados antropométricos. O questionário possuía questões sobre o conhecimento dos usuários a doença HAS e DM, bem como condições socioeconômicas.

Para a classificação do estado Nutricional, a pesquisadora realizou cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) a partir do quociente do peso pelo quadrado da altura (kg/m²), conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995), e apresentada na tabela abaixo:

TABELA 1. Classificação do IMC para Adultos.

IMC (Kg/m²)	Classificação
<18,5	Magreza
18,5 - 24,9	Eutrofia
25 - 29,9	Sobrepeso
30 - 34,9	Obesidade grau I
35 - 39,9	Obesidade grau II
≥40	Obesidade grau III

Fonte: Adaptado da OMS,1995,WHO,2000 e OMS 2004

Para os usuários com mais de 60 anos foi utilizada a classificação de Lipischitz (1994) conforme a Tabela 2:

TABELA 2. Classificação do IMC para Idosos.

IMC (Kg/m²)	CLASSIFICAÇÃO
< 22	Magreza
22-27	Eutrofia
> 27	Sobrepeso

Fonte: LIPSCHITZ (1994 apud PFRIMER; FERRIOLLI, 2008)

Com relação à medida da circunferência da cintura, os pontos de corte adotados, que diferem segundo o sexo, seguem as recomendações da Organização Mundial da Saúde (WHO 1998).

TABELA 3. Classificação da Circunferência da Cintura.

Circunferência da Cintura (cm)	Risco Aumentado para DCV
≥80,0 cm	Para Mulheres
≥94,0 cm	Para Homens

Fonte: WHO (1998)

3.6 Análise dos dados

Os dados foram totalizados no Programa Epidata 3.0 e analisados de forma descritiva (média, desvio-padrão, freqüências absolutas e relativas) utilizando-se o software Epi Info™ versão 6.0. para os testes estatísticos. Os dados são apresentados na forma de tabelas e comparados com outros estudos já realizados.

3.7 Aspectos éticos

A pesquisa realizada envolve seres humanos, devido a isso foi respeitado o anonimato dos pesquisados, e não foi apresentado nome ou imagem que possa vir a identificá-los. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, através do protocolo número 457/2011 (ANEXO II). Foi entregue aos participantes do grupo de HIPERDIA um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que só após sua assinatura iniciou-se a pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

O estudo contemplou quatro grupos do programa Hiperdia, do município de Dom Pedro de Alcântara, RS com a participação 73 usuários do SUS. Os grupos foram nomeados como sendo grupo A, B, C e D com participação de cada grupo em 24,7% (18), 21,9% (16), 28,7% (21) e 24,7% (18) respectivamente. Os grupos A, B e C são de localização rural e o D da área central. A idade média foi de 65,3 anos ($\pm 9,46$), a idade mínima ficou em 41 a máxima em 90 anos, o sexo feminino prevaleceu com 71,2% (52) e o masculino com 28,8% (21).

TABELA 4 – Distribuição dos grupos por gênero dos usuários do Hiperdia em um Município do Litoral Norte do RS.

Grupos	Gênero				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
A	14	19,2	4	5,5	18	24,7
B	12	16,4	4	5,5	16	21,9
C	16	21,9	5	6,8	21	28,7
D	10	13,7	8	11,0	18	24,7
Total	52	71,2	21	28,8	73	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2011.

* Não houve associação significativa entre as variáveis.

Outros estudos corroboram com os achados nesta pesquisa em relação ao gênero como, por exemplo, no estudo de Duarte e Oliveira (2008), realizado também com indivíduos do Programa HIPERDIA, em uma ESF de Minas Gerais, encontrou-se uma idade média entre participantes de 59,5 anos de idade ($\pm 12,97$), com aproximadamente 80,2% dos indivíduos com mais de 50 anos. Quanto à população freqüentadora do programa, que além de serem a maioria (76%), as mulheres tendem a possuir mais idade, fato este provavelmente relacionado à diferença na expectativa de vida das mulheres quando comparada à dos homens.

No estudo de Borba e Muniz (2009), o qual avaliou 273 pacientes idosos hipertensos e diabéticos, cadastrados no Sistema HiperDia da USF Simões Lopes, identificou-se a predominância do sexo feminino (70,4%), da faixa etária de 60 a 69 anos (52,8%), e da idade média de 70,4 anos ($\pm 7,3$).

Igualmente no estudo de Castoldi et al (2010) , Nascente et al (2009) e Costa et al (2009), realizados em pacientes com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes, houve predominância do sexo feminino, sendo 67,3% , 63,2% e 56% respectivamente.

Cascaes et al (2010), apontam que as mulheres procuram mais os serviços de saúde em relação aos homens, em seu estudo foram avaliados 118 usuários do HIPERDIA da UBS do bairro Dunas, Pelotas RS, sendo a maioria do sexo feminino, 70,3%, (83).

4.2 PERFIL SÓCIOECONÔMICO DOS PARTICIPANTES DOS QUATRO GRUPOS DE HIPERDIA

Quanto á variável escolaridade, a maioria dos usuários 76,7% possuem o ensino fundamental incompleto, e apenas 5,5% possuem o ensino fundamental e médio completo.

TABELA 5 – Indicadores Socioeconômicos por gênero dos usuários do Hiperdia em um Município do Litoral Norte do RS.

Indicadores	Gênero				Geral n (73)	
	Feminino		Masculino			
	n (52)	%	n (21)	%	n	%
Escolaridade						
Ensino Fundamental Incompl.	37	71,1	19	90,5	56	76,7
Ensino Fundamental Compl.	4	7,7	-	-	4	5,5
Ensino Médio Incompleto	1	1,9	-	-	1	1,3
Ensino Médio Completo	2	3,9	2	9,5	4	5,5
Ensino Superior Incompleto	-	-	-	-	-	-
Ensino Superior Completo	-	-	-	-	-	-
Não alfabetizado	6	11,5	-	-	6	8,2
Sem informação	2	3,9	-	-	2	2,7
Ocupação						
Agricultor	17	32,7	7	33,4	24	32,8
Aposentado	22	42,3	11	52,4	33	45,2
Autônomo	-	-	1	4,7	1	1,4
Do Lar	12	23,0	-	-	12	16,4
Chefe de Setor	-	-	1	4,7	1	1,4
Pensionista	1	1,9	-	-	1	1,4
Motorista	-	-	1	4,7	1	1,4

Fonte: dados coletados pela pesquisadora, 2011.

* Não houve associação entre as variáveis.

No estudo de Meira et al (2006), realizado com um grupo de hipertensos na Bahia, também observou-se que a maioria dos informantes, 61,2% possuía primeiro grau incompleto, sendo que 8,4% possuem segundo grau incompleto e 10,4% segundo grau completo. O mesmo foi observado por Borba e Muniz (2009), em seu estudo com idosos cadastrados no sistema Hiperdia, no qual a prevalência de escolaridade foi o 1º grau incompleto com 72,1%.

A escolaridade é um dado que merece ser considerado, pois indivíduos com baixa escolaridade apresentam maior exposição aos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, inclusive para o desenvolvimento da hipertensão arterial, do que aqueles com nível superior, dado relevante que poderá interferir indiretamente na assimilação das informações necessárias ao tratamento (CASTOLDI et al 2010).

Em relação à variável ocupação, a maioria, 45,2% da população estudada é aposentada, seguido da profissão agricultor com 32,8%, visto que a agricultura é o principal ramo de atividade no município de Dom Pedro de Alcântara, RS. Houve associação positiva entre o grupo dos participantes e a ocupação com $p=0,000$. No estudo de Castoldi et al (2010) a profissão predominante também foi de pessoas aposentadas com 54,5%.

A profissão causa amplo impacto no cotidiano do trabalhador, uma vez que grande parte da sua vida se passa no ambiente laboral. Além disso, pode influenciar comportamentos e proporcionar condições de risco que podem afetar o processo saúde doença. Índices mais baixos de pressão arterial podem incidir no grupo socialmente mais privilegiado, já os aposentados ocupam uma posição intermediária em relação à prevalência de hipertensão arterial (SANTOS; LIMA, 2008).

A tabela 6 informa o tipo de moradia e número de pessoas que moram na casa dos participantes da pesquisa. A maioria 94,5% (69) possui casa própria, apenas 4,1% (3) moram em casa alugada e 1,4% (1) reside em casa cedida. A média de pessoas na casa foi de 2,26 ($\pm 1,08$), os participantes dos grupos de Hiperdia convivem na maioria, 37,8%, entre 2 pessoas, 26% moram entre 3 pessoas e 23,3% participantes (17) vivem só.

TABELA 6 - Indicadores Socioeconômicos dos usuários participantes do Hiperdia em um Município do Litoral Norte do RS.

Moradia	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Casa própria	69	94.5
Alugada	3	4.1
Cedida	1	1.4
Quantas pessoas na casa		
1 pessoa	17	23,3
2 pessoas	28	37.8
3 pessoas	19	26
4 pessoas	6	8.2
5 pessoas	1	1.4
6 pessoas	1	1.4
Sem informação	1	1.4

Fonte: dados coletados pela pesquisadora, 2011.

Com relação à renda familiar a média foi de R\$ 1.070,00 (± 400.00), com a menor renda em R\$ 500,00 e a maior em R\$ 2.200,00. A renda individual variou de nenhuma a 3 salários mínimos. Acreditava-se de certa forma encontrar tais resultados, uma vez que os indivíduos residem em um pequeno município, com característica rural predominante, e são em sua maioria aposentados e agricultores.

Do mesmo modo no estudo de Duarte e Oliveira (2008), com relação à renda familiar, pôde-se observar que houve uma maior frequência de número de famílias que recebiam até dois salários mínimos (SM), com 31% dos indivíduos que compuseram a amostra, seguidas daquelas com até um SM com 21%.

Em um estudo de natureza qualitativa, realizado com oito mulheres portadoras de Diabetes tipo 2 de uma Unidades Básica de Saúde, em Ribeirão Preto, SP, verificou-se que as mulheres apresentavam baixo nível de escolaridade, ou seja, até a quarta série do ensino fundamental. A renda familiar de cinco entrevistadas foi inferior a dois salários-mínimos, sendo que a maior renda foi correspondente a três salários-mínimos (PERES; FRANCO; SANTOS, 2006).

Com relação à classe social, de acordo com o Critério de Classificação da ABEP (2011), verifica-se que a maioria dos entrevistados, do presente estudo, foram classificados como pertencentes às classes econômicas C2 32,9% (24) e C1 28,8% (21), seguidas das classes A1 13,7% (10) e D 13,7% (10). A minoria foi classificada como classe B2 8,2% (6), B1 1,4% (1), e classe E 1,4% (1).

No estudo de Giroto (2008), realizado com hipertensos em uma Unidade de saúde da Família no Paraná, evidenciou-se que 89,6% foram classificados como pertencentes às classes econômicas C, D ou E.

Segundo Pereira et al (2007) as prevalências pontuais de hipertensão foram maiores, quando levado em consideração o nível sócio-econômico da população, em estudos de prevalência realizados no Brasil.

4.3 ESTADO NUTRICIONAL DOS PARTICIPANTES DOS QUATRO GRUPOS DE HIPERDIA

Para a classificação do estado nutricional foi utilizado o IMC, encontrado a partir da divisão do peso (Kg) pela estatura ao quadrado (m)². Para adultos utilizou-se a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995), conforme a tabela 1, para os usuários com mais de 60 anos a classificação de Lipischitz (1994) conforme a tabela 2, já para a medida da circunferência da cintura, seguiu-se as recomendações da Organização Mundial da Saúde (WHO 1998), conforme tabela 3.

A participação de idosos foi de 74% (54) e 26% (19) de adultos. A média de peso foi de 73.260kg (\pm 13.402) variando de 44 kg a 118 kg, altura com média de 160 cm (\pm 0.08) com a mínima de 138cm e máxima de 178cm. Em um estudo realizado na população cadastrada no HIPERDIA em Luzerna, SC, a média da altura foi 176 cm, caracterizando uma população mais alta, do que a do presente estudo, já o peso teve média 76 kg, um pouco acima do presente estudo, nota-se que uma população mais alta possivelmente tenha um peso maior. (DALLACOSTA; DALLACOSTA; NUNES, 2010).

TABELA 7 – Avaliação do estado nutricional pelo IMC e gênero dos participantes dos quatro grupos de Hiperdia de um município do Litoral Norte do Rio Grande do Sul.

ADULTO						
DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	Feminino (17)		Masculino (2)		Geral (19)	
	n	%	n	%	n	%
Baixo Peso	-	-	-	-	-	-
Adequado/Eutrófico	4	23,5	-	-	4	21,0
Sobrepeso	6	35,3	1	50,00	7	36,9
Obesidade	7	41,2	1	50,00	8	42,1

IDOSO						
	Feminino (35)		Masculino (19)		Geral (54)	
Baixo Peso	-	-	1	5.2	1	1.8
Adequado/Eutrófico	17	48,6	9	47.4	26	48,1
Sobrepeso	18	51,4	9	47.4	27	50,0

Fonte: Dados da pesquisa. 2011.

* Não houve associação entre as variáveis ($p > 0,005$).

O IMC médio para todos os participantes foi de 28.30 kg/m² (± 4.54) apontando tanto para a fase adulta como idosa um diagnóstico nutricional de sobrepeso. O IMC mínimo foi de 19.49 kg/m² e máximo 44.73 kg/m². Para o sexo feminino foi de 28,64 kg/m² ($\pm 4,61$), e 27,45 kg/m² ($\pm 4,36$) para o sexo masculino, ambos com diagnóstico de sobrepeso. Para os adultos o IMC médio foi de 29,58 (± 3.80) e idosos 27,85 ($\pm 4,73$) sem associação significativa ($p > 0.005$) entre as variáveis.

Observou-se no estudo de Borba e Muniz (2011) que 52,3% dos idosos hipertensos e diabéticos, estavam com sobrepeso, e que 9,6% estavam com baixo peso. No presente estudo apenas 1,78% dos idosos apresentou baixo peso, indicando uma incidência pequena de mortalidade por desnutrição.

Estudo feito com adultos e idosos cadastrados no HIPERDIA do bairro Dunas da cidade de Pelotas-RS, a análise do IMC indicou que 78,6% (88) da população estudada apresentavam excesso de peso, sendo que 30,4% (34) apresentaram sobrepeso e 48,2% (54) obesidade (CASCAES, et al 2010).

Em um estudo realizado com hipertensos acompanhados pelo HIPERDIA de uma cidade paranaense observou-se um predomínio de sobrepeso tanto em adultos quanto em idosos, embora entre os adultos 46% tivessem algum grau de obesidade. Além da elevada prevalência de sobrepeso/obesidade, mais da metade dos participantes 57% (42) apresentava resultados de circunferência da cintura acima do normal, conferindo um risco maior para o desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares (PIATI; FELICETTI; LOPES, 2009).

Valores aumentados de IMC competem para maiores chances de acometimentos de doenças cardiovasculares, deste modo, aponta-se a necessidade de intervenções mais específicas desempenhadas pela equipe multidisciplinar nas

Unidades de Saúde, como parte do sucesso no controle do excesso de peso (BORBA; MUNIZ, 2011).

Observou-se que grande parte dos adultos apresenta obesidade 42,1% (8), com maior prevalência no sexo feminino 41,2% (7). A obesidade é um dos fatores de risco para a HAS, portanto a manutenção de peso adequado é indispensável para a redução e/ou prevenção das complicações cardiovasculares, tais como hipertensão, dislipidemias e Diabetes Mellito (DM).

A CC apresentou média geral de 967,58 ($\pm 11,15$), os idosos com média de 96,88 ($\pm 11,83$) e adultos com 99,57 ($\pm 8,92$). A medida da CC também se apresentou aumentada no estudo de Cascaes et al (2010), onde a média geral foi de 98,7cm (± 12), sendo a média para homens de 100,2cm (± 11) e a média para mulheres de 98,1cm ($\pm 12,4$), porém sem diferença significativa entre os sexos ($p > 0,005$).

Montenegro Neto et al (2008) em seu estudo, feito com idosos hipertensos, observou na análise da CC por sexo, que 95,9% das mulheres apresentaram risco cardiovascular aumentado. A porcentagem de homens em risco também foi elevada, correspondendo a 52,9%, não existindo diferença significativa entre os sexos.

4.4 CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA HAS E DM DOS PARTICIPANTES DOS QUATRO GRUPOS DE HIPERDIA

Ao entrevistar os usuários uma das perguntas feita foi se o indivíduo tinha DM, HAS, ou os dois juntos. Dos 73 entrevistados 63,0% (46) relataram HAS, as duas patologias foram referidas por 28,8% (21) destes e apenas 8,2% (6) DM isolado.

No estudo de Cascaes et al (2010) quase a totalidade apresentava hipertensão 98,3%, (114) e 25% (29) apresentavam Diabetes *Mellitus*, podendo dessa forma o mesmo indivíduo apresentar HAS e DM concomitantes ou apenas uma dessas doenças.

A hipertensão está associada a um maior grau de resistência à insulina, e os medicamentos anti-hipertensivos podem agravar este quadro, tornando o hipertenso mais apto a desenvolver diabetes (FRANCISCO et al, 2010).

TABELA 8 – O conhecimento sobre Hipertensão e Diabetes pelos usuários participantes do Hiperdia em um Município do Litoral Norte do RS.

Variáveis	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Sabe o que é HAS e/ou DM?		
Sim	50	68,5%
Não	23	31,5%
Se sim, o que é?		
DM é quando tem açúcar no sangue	6	8,2%
HAS é quando a PA é maior que 12/8	46	63,0%
DM é açúcar no sangue e HAS é pressão alta	20	27,4%
Gordura no sangue, problemas no coração	1	1,4%
Sabe o que a HAS e/ou DM pode causar no corpo?		
Sim	55	75%
Não	18	24,7%
Se sim, o que pode causar?		
Infarto, derrame	36	49,3%
Feridas nos pés, cegueira	6	8,7%
Tontura, dor de cabeça	2	2,7%
Moleza, dor no corpo	1	1,4%
DM causa cegueira e perda da função dos rins e HAS causa derrame e infarto	4	5,5%
Outras doenças	2	2,7%
Sem informação	1	1,4%
Falta de ar, arritmia	1	1,4%
Aterosclerose	1	1,4%

Fonte: dados coletados pela pesquisadora, 2011.

Ao questionar os usuários se eles sabiam o que era DM e/ou HAS, a maioria 68.5% respondeu que sim (50) e 31.5% (23) disseram não saber. No estudo de Pereira (2009) realizado apenas com portadores de HAS, 52% sabiam o que era HAS e 48% responderam que não sabem o que significa pressão alta.

Segundo Pereira et al (2003 p 2371), “o nível de conhecimento da HAS nos países economicamente desenvolvidos varia de 37% a 68.9%”. Conforme já citado acima, no Brasil, a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade. (IV DBH, 2010). Percebe-se que a baixa escolaridade influencia na questão saúde–doença em países subdesenvolvidos. Quando questionados se sabiam o que era a doença, apenas uma pessoa referiu gordura no sangue, quando tinham DM referiram “açúcar no sangue; estresse, excesso de doces; glicemia acima

de 110mg/dL e pode matar; doença ruim que impede de comer doces”, com relação a HAS “é quando a PA é maior que 12/8; não fazer dieta, exagerar no sal, gorduras e álcool; entupimento das veias e aumento dos batimentos cardíacos”, quando tinham as duas patologias referiram “DM é açúcar no sangue e HAS é pressão alta; problemas de coração, ataca os nervos”.

Quando questionados se sabem o que estas patologias podem causar no corpo a maior parte 75.3% (55) respondeu que sim e relataram ainda que tanto o DM quanto a HAS podem causar infarto e derrame 49.3% (36) entre outros relatos descritos acima. E apenas 24.7% (18) responderam que não sabiam ao certo. Semelhante aos dados encontrados por Oliveira e Martins (2011) em uma ESF de Montes Claros, MG, com 80,0% (32) da amostra afirmando conhecer as prováveis complicações decorrentes da falta de controle dos níveis pressóricos e entre estas as doenças cérebros-vasculares foram as mais citadas 82,5% (25). Em relação ao conhecimento dos fatores de risco para a HAS, 75% (30) afirmaram saber quais são, e 25% (10) negaram saber.

TABELA 9 – Uso de tempero e adoçantes referidos pelos usuários participantes do Hiperdia em um Município do Litoral Norte do RS.

Variáveis	n	%
Utiliza outro tempero?		
Sim	58	79,5
Não	15	20,5
Se sim, qual?		
Tempero verde, alho, cebola e cominho	49	67,2
Temperos naturais + industrializados	4	5,5
Temperos industrializados	2	2,7
Azeite de oliva e vinagre de vinho	1	1,4
Tempero natural e azeite de oliva	2	2,7
Uso de adoçante		
Sim	26	35,6
Não	47	64,4
Se sim, qual?		
Zero cal®	13	17,8
Magro®	3	4,1
Adocyl®	2	2,7
Estévia®	5	6,9
Não informado	3	4,1

Fonte: dados coletados pela pesquisadora, 2011.

Ao serem questionados sobre a utilização de outro tipo de tempero a maioria 79.5% (58) respondeu que usa além do sal, alho, tempero verde e cominho 67,2% (49). Apenas 2.7% (2) relataram usar temperos industrializados e 5.5% (4) disseram usar temperos industrializados e temperos naturais.

Resultado diferente do encontrado no estudo de Gomes, Seyffarth e Nascimento (2008) no qual mais da metade da amostra 56% (41) usam temperos industrializados no preparo dos alimentos.

O baixo consumo de temperos industrializados no presente estudo pode estar relacionado ao fato da maioria dos pesquisados residirem em área rural e terem mais acesso ao cultivo de temperos. Este parece ter sido um bom resultado, apesar de se perceber que o uso do tempero natural por parte dos portadores não é utilizado para reduzir e/ou substituir o sal na alimentação e sim para conferir sabor.

Segundo um estudo realizado em Vitória, ES, Brasil, a ingestão de sal é altamente influenciada pelo nível sócio-econômico e pode explicar parcialmente a alta prevalência de HAS nas classes sócio-econômicas mais baixas (PEREIRA et al 2007).

Quando questionados com relação ao uso de adoçantes 35.6% (26) relatam usam e com relação ao tipo de adoçante ingerido, todos os entrevistados referiram-se à marca registrada do produto e não ao tipo de adoçante para identificação do produto. Em um estudo realizado somente com portadores de DM2 o uso de adoçante foi observado em 92 pacientes (76,7%) (OLIVEIRA; FRANCO, 2010).

Ressalta-se a acuidade do conhecimento do edulcorante artificial consumido, uma vez que cada um deles possui suas peculiaridades. Alguns possuem em sua formulação sódio, como o ciclamato de sódio e a sacarina sódica, sendo seu consumo não indicado para os indivíduos portadores de hipertensão; outros não podem ser usados em altas temperaturas como o aspartame, pois perdem sua doçura. Os produtos mais indicados, por terem menor sabor residual amargo e metálico e considerável poder edulcorante, são os produtos mais caros encontrados no mercado, destacando-se a sucralose e o esteviosídeo (DUARTE; OLIVEIRA, 2008) .

A marca mais consumida dentre os entrevistados foi Zero Cal® 17.8% (13), produto que tem em sua composição a associação entre os edulcorantes,

sacarina e ciclamato de sódio, apenas 6.9% (5) disseram usar o Estévia®. Também observou-se um maior consumo do adoçante Zero Cal® (62%) no estudo de Duarte e Oliveira (2008). Destaca-se que o consumo de adoçantes é indicado para substituir os carboidratos simples da dieta dos indivíduos diabéticos. Ele não é essencial para os portadores de HAS, mas auxilia o controle da ingestão calórica. (DUARTE; OLIVEIRA, 2008).

TABELA 10 – Outros fatores referidos pelos usuários participantes do Hiperdia em um Município do Litoral Norte do RS.

Variáveis	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Tem ou já teve algum vício?		
Sim	23	31,6
Não	50	68,4
Se sim, qual?		
Fuma	3	4,1
Fumou	11	15,1
Bebe	1	1,4
Bebia	3	4,1
Fumou e bebe	1	1,4
Fumou e bebia	4	5,5
Costuma fazer caminhada?		
Sim	34	46,6
Não	39	53,4
Quantas vezes na semana?		
2X na semana	7	9,6
3X na semana	9	12,3
4X na semana	5	6,9
5X na semana	5	6,9
6X na semana	2	2,7
7X na semana	6	8,2

Fonte: dados coletados pela pesquisadora, 2011.

No atual estudo a maioria dos participantes 68.4% (50) relataram que nunca tiveram vício de fumar ou beber. Quanto aos que já tiveram algum vício, 31.6% (23) responderam que sim e a maioria 15.1% (11) exclusivamente fumou. Apenas 4.1% (3) possuem o vício de fumar, 1.4% (1) bebe e 1.4% (1) fumou e agora somente bebe.

Igualmente no estudo de Montenegro Neto et al (2008) quando investigando os hábitos de vida dos hipertensos, observou-se baixas frequências de tabagismo (5,3%) e etilismo (1,5%), porém a população estudada apresentou alto índice de sedentarismo (75,8%), acima da média nacional (71,3%).

Resultados diferentes foram encontrados em um estudo realizado com hipertensos, onde foi verificado que 21% (9) dos entrevistados fumavam regularmente. Com relação ao consumo de bebidas alcoólicas, foi constatado que 12% (5) dos hipertensos entrevistados consumiam bebidas alcoólicas (PIATI; FELICETTI; LOPES, 2009).

Referindo-se ao costume de fazer caminhada a maioria 53.4% (39), relataram não fazer e 46.6% (34) praticam caminhadas, e a maior parte 12.3% (9) três vezes na semana e 9.6% (7), duas vezes na semana.

Resultados parecidos foram encontrados no estudo citado acima, no qual, somente 36% (16) dos entrevistados relataram praticar algum exercício. Desses, 53% (8) praticavam diariamente e 47% (7), duas vezes na semana. (PIATI; FELICETTI; LOPES, 2009).

TABELA 11 – Participação em grupos ou clubes pelos usuários participantes do Hiperdia em um Município do Litoral Norte do RS.

Variáveis	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Participa de grupo ou clube?		
Sim	41	56.2%
Não	32	43,8%
Se sim, qual?		
Associação esportiva	1	1,4%
Ginástica da 3ª idade	4	5,5%
Clube de mães + ginástica	2	2,7%
Grupo da família	2	2,7%
Baile da 3ª idade	19	26,0%
Hiperdia	6	8,3%
Clube de mães	2	2,7%
Sindicato dos Agricultores	1	1,4%
Grupo de mulheres agricultoras	3	4,1%
Cursilho (igreja)	1	1,4%

Fonte: dados coletados pela pesquisadora, 2011.

Quando foram questionados sobre participar de algum grupo ou clube na comunidade, mais da metade referiu que sim, participava e com maior frequência baile da 3ª idade.

Diferentemente no estudo de Marcon (2010) 100% dos usuários não participavam de nenhum tipo de grupo ou clube.

TABELA 12 – Dificuldades em seguir o tratamento referido pelos usuários participantes do Hiperdia em um Município do Litoral Norte do RS.

Variáveis	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
O que dificulta seguir o tratamento de DM e HAS?		
Tomar os medicamentos	3	4.1 %
Dinheiro para compra de alimentos saudáveis	18	24.6 %
Diminuir o sal da comida	16	21.9 %
Distancia até o serviço de saúde	9	12.3 %
Usar adoçante	5	6.8 %
Comer alimentos integrais	13	17.8 %
Nada é difícil	9	12.3 %

Fonte: dados coletados pela pesquisadora, 2011.

Sobre as dificuldades encontradas em seguir o tratamento do DM e da HAS a maioria 24.6% (18) julgou a variável dinheiro para a compra de alimentos saudáveis como sendo a mais difícil, seguida da questão diminuir o sal 21.9% (16) e comer alimentos integrais 17.8% (13), mesmo a maioria dos grupos ficar localizada em área rural.

Também no estudo de Marcon (2010) a maior dificuldade encontrada para seguir o tratamento para DM, foi a questão de dinheiro para a compra de alimentos saudáveis 56.52% (13), as demais dificuldades foram tomar os medicamentos 34.78% (8), com a mesma porcentagem 4.16% a dificuldade de marcar consulta médica e diminuir o doce na comida.

Em estudo de Pace, Nunes e Vigo, (2003) a dificuldade no seguimento do tratamento para DM foi identificada para 58,3% (14) de um total de 24 entrevistados, que apontam a dieta e 29,2% indicaram o fator financeiro visto que uma melhor renda poderia facilitar na aquisição dos alimentos.

TABELA 13 – Variáveis Relacionadas à Alimentação Referidas pelos Quatro Grupos de Hiperdia de um Município do Litoral Norte do RS.

Variáveis	n	%
Procura controlar o peso?		
Sim	64	87,7
Não	09	12,3
Acha dieta importante no tratamento?		
Sim	69	94,6
Não	2	2,7
Não sabe	2	2,7
Já recebeu alguma orientação de dieta para DM e HAS?		
Sim	65	89
Não	07	9,6
Não sabe	1	1,4
Quem orientou a dieta?		
Medico	10	13,7
Nutricionista	32	43,8
Medico + Nutricionista	17	23,3
Agente Comunitário de Saúde + Nutricionista	1	1,3
Endocrinologista	1	1,4
Tecnico de Enfermagem	1	1,4
Amigos	1	1,4
Não sabe	3	4,1
Outros	2	2,7
Sem informação	5	6,8

Fonte: dados coletados pela pesquisadora, 2011.

A maioria dos entrevistados 87.7% (64) relataram que procuram controlar o peso e quase todos 94.6% (69) sabem da importância da dieta adequada para o tratamento da HAS e do DM2. Grande parte da amostra 89% (65) já recebeu orientação de dieta sendo na maioria de nutricionista 48.8% (32), e de médico mais nutricionista 23.3% (17). Cabe ressaltar que as orientações recebidas do profissional nutricionista pelos usuários, são na maioria, das palestras de nutrição que ocorrem mensalmente nos grupos de Hiperdia. Em outro estudo grande parte dos usuários (95,8%) receberam orientações sobre a alimentação e ao se analisar qual profissional orientou os pacientes entrevistados quanto ao tratamento dietoterápico para o DM, observou-se que o médico é o mais citado, seguido do nutricionista e do enfermeiro (OLIVEIRA; FRANCO, 2010).

Embora esteja informada e acredite na importância da alimentação no tratamento do DM e HAS, uma parcela importante dos usuários não segue as orientações recebidas 15.1% (11). A maioria 47.9% (35) relatou seguir “sempre” a recomendação dietoterápica e 37% (27) “mais ou menos”. O mesmo pode ser observado no estudo de Oliveira e Franco (2010) no qual, em média, 14,1% dos entrevistados declararam nunca seguir a recomendação dietoterápica, 37,5% dizem fazer “às vezes” e 48,3% “sempre”.

Quando questionado se os usuários participam dos grupos de HiperDia, quase todos disseram que sim 97.3% (71) e apenas 2,7% (2) relataram que não, destes 1.4% (1) disse não participar por falta de tempo. O porquê de participar dos grupos a maioria respondeu que é importante e motivador 31.5% (23), os demais acham importante receber informações de saúde 23.3% (17) e para pegar medicamentos, verificar a pressão arterial e o peso 9.6% (7), dentre outros motivos citados na tabela acima.

TABELA 14 – Opinião sobre as reuniões do HIPERDIA Referidas pelos Quatro Grupos de Hiperdia de um município do Litoral Norte do Rio Grande do Sul.

Opinião	n	%
Participação de outros profissionais da saúde	7	9,6
Bom como esta	28	38,4
Mais medicamentos	2	2,7
Clube com piscina para exercícios	1	1,4
Ótimo	10	13,7
Mais participação das pessoas	2	2,7
Continuação dos Grupos de Hiperdia	4	5,5
Presença de Médico no grupo	2	2,7
Importante para tirar duvidas e ser incentivado	1	1,4
Esta bom mas deve ter mais pontualidade da equipe de saúde	3	4,1
Mais informações	2	2,7
Tem bons resultados	1	1,4
Melhorou agora com a participação da nutricionista	2	2,7
Mais divulgação	1	1,4
Palestra sobre higiene dos alimentos	1	1,4
Palestra com ortopedista ou fisioterapeuta	1	1,4
Não consegue ouvir as palavras	1	1,4

Fonte: dados coletados pela pesquisadora, 2011.

Com relação à opinião dos usuários sobre os grupos de Hiperdia, a maioria 38.4% (28) respondeu que está bom assim, 13.7% (10) disseram que está ótimo e 9.6% (7) pediram a participação de outros profissionais de saúde, outras opiniões foram colocadas na tabela acima. Cabe destacar a opinião de um participante que relatou não conseguir ouvir bem as informações no grupo, esta opinião sugere que medidas sejam tomadas como, por exemplo, o uso de microfones e caixas de som nas palestras para que todos possam ter acesso ao conhecimento.

5 CONCLUSÃO

Conforme identificado no presente estudo, houve uma prevalência do sexo feminino e a idade média dos participantes foi de 65,3 anos (± 9.46). Tanto na fase adulta como idosa, os usuários do HiperDia tiveram um diagnóstico nutricional de sobrepeso. A medida da circunferência da cintura apresentou média geral elevada conferindo risco aumentado de doença cardiovascular.

Estes resultados confirmam a necessidade da permanência e ampliação das ações preventivas, como as orientações nutricionais na atenção básica de saúde, que visam à promoção da alimentação saudável e o estímulo a atividade física. Isso garantirá uma melhoria na qualidade de vida destes usuários.

Os usuários do HiperDia são na maioria aposentados e agricultores, pertencentes a uma classe social relativamente baixa e com baixa escolaridade, possuindo apenas o ensino fundamental incompleto, dado relevante que poderá interferir indiretamente na assimilação das informações necessárias ao tratamento.

Sabe-se que indivíduos com baixa escolaridade apresentam maior exposição aos fatores de risco para as doenças cardiovasculares e que as prevalências pontuais de hipertensão são maiores, quando levado em consideração o nível sócio-econômico da população brasileira.

Quanto ao conhecimento sobre as doenças de HAS e DM, a maioria 68.5% (50) respondeu que sabem o que é e 31.5% (23) disseram não saber. O fato de não saber o que pode causar estas duas patologias pode estar associado à baixa escolaridade dos usuários. Os que sabem, relataram que tanto o DM quanto a HAS podem causar infarto e derrame.

A maioria dos entrevistados relatou que procuram controlar o peso e sabem da importância da dieta adequada para o tratamento da HAS e do DM. Grande parte da amostra já recebeu orientação de dieta, tanto de Nutricionista quanto de Médico. Cabe ressaltar que as orientações recebidas do Profissional Nutricionista pelos usuários, são geralmente, das palestras de nutrição que ocorrem mensalmente nos grupos de HiperDia no município de Dom Pedro de Alcântara/RS.

O Nutricionista é um agente de promoção da qualidade de vida. Os hábitos alimentares saudáveis estão diretamente ligados à prevenção de doenças como obesidade, hipertensão e diabetes. Além do bem-estar do indivíduo, ele atua

na promoção da saúde da comunidade e transforma-se em um importante agente no sistema público de saúde.

Embora esteja informada e acredite na importância da alimentação no tratamento do DM e HAS, uma parcela importante dos usuários não segue as orientações recebidas.

Aconselha-se que seja realizada avaliação antropométrica de forma contínua, além da implantação de programas de orientação nutricional e de prática de atividade física supervisionada em todos os grupos do Programa HiperDia, juntamente com a inserção do Profissional Nutricionista na equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

ABEP- **Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa** – 2011. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2009-IBOPE. Disponível em www.abep.org acesso em agosto de 2011.

ADA. American Diabetes Association. *Standards of Medical Care in Diabetes – 2010*. **Diabetes Care** 33(Suppl 1):S11-S61, 2010.

AGUIAR, Odaleia Barbosa de ; HALFOUN, Vera Lucia Rabello de Castro; GOMES, Renata Couto Falcão. Contribuição da intervenção nutricional no tratamento da hipertensão arterial: experiência de uma equipe interdisciplinar. **Rev Bras Med Fam e Com.** Rio de Janeiro, v.1, n° 4, jan / mar 2006. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/31>; Acesso em 11 setembro de 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em 29 agosto de 2011.

BATISTA, Maria da C. R. et al. Avaliação dietética dos pacientes detectados com hiperglicemia na "Campanha de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes" no município de Viçosa, MG. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v.50, n.6, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v50n6/a10v50n6.pdf>. Acesso em: 11 setembro de 2011.

BORBA TB, MUNIZ RM. Sobrepeso em idosos hipertensos e diabéticos cadastrados no Sistema HiperDia da Unidade Básica de Saúde do Simões Lopes, Pelotas, RS, Brasil. **Rev. enferm. saúde**, Pelotas (RS) 2011 jan-mar;1(1):69-76

BORBA, Thais Botelho; MUNIZ, Rosani Manfrin . Sobrepeso em idosos hipertensos e diabéticos cadastrados no Sistema HiperDia da Unidade Básica de Saúde do Simões Lopes, Pelotas, RS, Brasil. **Rev. enferm. saúde**, Pelotas (RS) 2011 jan-mar;1(1):69-76.

CASCAES, SILVA, Janaína Martins Gonçalves et al. Perfil nutricional do grupo de hiperdia da unidade básica de Saúde do bairro dunas, Pelotas-RS. **Faculdade de Nutrição-UFPel**. Disponível em: http://www.ufpel.edu.br/cic/2010/cd/pdf/CS/CS_01107.pdf. Acesso em 12 setembro 2011.

CASTOLDI, Emanoella Barros et al. Prevalência de fatores de risco em hipertensos de uma unidade de saúde de Diamantino-MT. **Revista Matogrossense de Enfermagem** Jun-jul 2010 V.1 n.1 (57-62). Disponível em: <http://www.portaldeperiodicos.uned.edu.br/index.php/REMENFE/article/viewFile/418/297> Acesso em Janeiro de 2012.

CASTRO, Valdêmia, CAR, Regina. Dificuldades e facilidades dos doentes no segmento do tratamento da hipertensão. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo. V33, n° 03. 1999.

COSTA, Andreza et al. Análise da eficácia do programa hiperdia em uma unidade básica de Saúde: da teoria a prática. **XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. São José dos Campos (SP)** 2009 mar-abril. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/RE_0179_0628_01.pdf Acesso em 29 Janeiro de 2012.

DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti; DALLACOSTA, Hotone; NUNES Alessandra Daros. Perfil de hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de uma unidade básica de saúde. **Unoesc & Ciência – ACBS**, Joaçaba, v. 1, n. 1, p. 45-52, jan./jun. 2010. Disponível em: <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/125> Acesso em 29 Janeiro de 2012.

DBH IV, 2010. IV Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Rev Bras Hipertens** vol.17(1):4, 2010.

DIRETRIZES **SBD** 2006. Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/diretrizes.pdf>. Acesso 07 setembro 2011.

DUARTE, Maria José Dias; OLIVEIRA, Tatiana Coura. Conhecimento e forma de consumo de adoçantes e produtos Dietéticos em indivíduos hipertensos e diabéticos do programa Hiperdia de um PSF do município de Itabira, MG. **NUTRIR GERAIS – Revista Digital de Nutrição – Ipatinga: Unileste-MG**, V. 2 – N. 2 – Fev./Jul. 2008. Disponível em: http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/conhecimento_formas_consumo_adocantes.pdf Acesso em 07 fev 2012.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo et al . Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, Jan. 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100018&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 Fev. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100018>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=430655>. Acesso em setembro de 2011.

Gil AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2005.

GIROTTI, Edmarlon. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR**. 2008. 189 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Londrina, Paraná. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/96.pdf>. Acesso janeiro de 2012.

- GOMES, Gabriela de Jesus; SEYFFARTH, Anelena Soccal; NASCIMENTO, M^a Aparecida B. do. Adequação da dieta de hipertensos em relação à Abordagem dietética para Hipertensão Arterial. **Com. Ciências Saúde**. 2008; 19(2): 137-144. Disponível em: http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2008Vol19_2art06adequacao.pdf Acesso em: 06 fev 2012.
- GOMES, Marilia de Brito et al . Prevalência de sobrepeso e obesidade em pacientes com diabetes mellitus do tipo 2 no Brasil: estudo multicêntrico nacional. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 50, n. 1, Fev. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302006000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Set. 2011.
- PETROSKI, Edio Luiz. **Antropometria: técnicas e padronizações**. 5. ed. São Paulo: Fontoura, 2011.
- MARCON, Rafaella Brero. **Avaliação do estado nutricional de usuários participantes do hiperdia em uma ESF, Criciúma, SC**. 60 f. TCC (Graduação em Nutrição). UNESC, 2010.
- MARTINS, Maria do Perpétuo Socorro Carvalho et al. Consumo Alimentar, Pressão Arterial e Controle Metabólico em Idosos Diabéticos Hipertensos. **Rev Bras Cardiol**. maio/junho 2010 ;23(3):162-170. Disponível em :http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2010_03/a2010_v23_n03_02MMartins.pdf. Acesso em setembro 2011.
- MEIRA, Cláudio Henrique et al. Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do bairro Joaquim romão - jequié/BA. **Rev.Saúde.Com** 2006; 2(1): 30-38. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v2/v2n1a4.pdf>. Acesso em 15 janeiro 2012.
- MIRANZI Sybelle de Souza Castro et al. Qualidade de vida de indivíduos com *diabetes mellitus* e Hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 672-9.
- MONTENEGRO NETO et al. Estado nutricional alterado e sua associação com perfil lipídico e hábitos de vida em idosos hipertensos. **Archivos Latinoamericanos de Nutricion**. Vol. 58 Nº 4, 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=588720&indexSearch=ID>
- NASCENTE, Flávia Miquetichuc Nogueira et al . Hipertensão arterial e sua associação com índices antropométricos em adultos de uma cidade de pequeno porte do interior do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 6, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000600017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 set. 2011.
- OLIVEIRA, Paula Barbosa de; FRANCO, Laércio Joel. Consumo de adoçantes e produtos dietéticos por indivíduos com diabetes melito tipo 2, atendidos pelo Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, SP. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 54, n. 5, 2010 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>.

php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Fev. 2012.

OLIVEIRA, Silvio Luiz. **Tratado de metodologia científica**: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira, 2002.

OLIVEIRA, Liliane Marta Mendes de; MARTINS, Aurelina Gomes e. A adesão ao tratamento e a relação com o conhecimento sobre a hipertensão arterial. **VI mostra científica de enfermagem UNIMONTES**, 2011. Disponível em: <http://www.mce.unimontes.br/evento2011/index.php/enfermagem/mce/paper/viewFile/121/268>. acesso em 6 fev de 2012.

PACE AE, NUNES PD, OCHOA-VIGO K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **Rev Latino Am Enfermagem** 2003;11:312-9. disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16540.pdf> Acesso em fev 2012.

PERES, Denise Siqueira; FRANCO, Laércio Joel; SANTOS, Manoel Antônio dos. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, Apr. 2006 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000200018&lng=en&nrm=iso. . Acesso em 11 Setembro 2011.

PEREIRA, Marcia Regina et al . Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, out. 2007 . disponível em :http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Fev. 2012.

PEREIRA, Luciana. **O seguimento das recomendações alimentares em usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica em uma Unidade de Estratégia em Saúde da Família, Orleans, SC.2009**. 70 f. TCC (Graduação em Enfermagem)-Centro Universitário Barriga Verde (UNIBAVE), ORLEANS, 2009.

PIATI, Jaqueline; FELICETTI, Claudia Regina; LOPES Adriana Cruz. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. **Rev Bras Hipertens** vol.16(2): 123-129, 2009. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-2/14-perfil.pdf>. Acesso em 29 de Janeiro de 2012.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; LIMA, Helder de Pádua. 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 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000100010>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Expert Committee: physical status: the use and interpretation of anthropometry.** Geneva, 1995. (Technical Report Series, n.854).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of Noncommunicable Diseases. Programme of Nutrition Family and Reproductive Health. **Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity.** Geneva; 1998. (WHO/NUT/NCD/98.1).

APÊNDICES

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC ESPECIALIZAÇÃO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA



O Senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE QUATRO GRUPOS DE HIPERDIA EM UM MUNICÍPIO DO LITORAL NORTE DO RIO GRANDE DO SUL.** A sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento não necessitando apresentar nenhuma justificativa, bastando, para isso, informar sua decisão a pesquisadora. Sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo em relação o pesquisador ou a instituição.

A sua participação nesta pesquisa consistirá em: permitir que a pesquisadora verifique o seu peso, estatura e circunferência abdominal, bem como responder a um questionário. Não há risco ou ônus na sua participação nessa pesquisa. Da mesma forma, que o senhor (a) também não terá bônus.

Os dados obtidos serão confidenciais e asseguramos o sigilo da sua participação durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. O seu anonimato será preservado por questões éticas.

O senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone da pesquisadora para localizá-la a qualquer tempo.

Meu nome é Deisi Bauer Machado. A pesquisa acontece sob supervisão da professora Paula Rosane Vieira Guimarães. Meu telefone para contato é (51) 8104-5499. Telefone do setor de pós-graduação /UNESC (48) 3431-2560.

Considerando os dados acima, confirmo ter sido informado por escrito e verbalmente dos objetivos deste estudo científico. Desta forma,

Eu....., aceito participar voluntariamente desta pesquisa e declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação.

Dom Pedro de Alcântara, _____ de _____ de 2011.

Nome e assinatura do pesquisador

Nome e assinatura do participante

APÊNDICE II - Questionário



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC ESPECIALIZAÇÃO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA



Caracterização dos entrevistados

Sexo: _____ Grupo: _____

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

Escolaridade Quantos anos estudou?: _____

Ocupação: _____

Peso: _____ Altura: _____ CA: _____

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

Quantas pessoas moram na casa? _____

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

ITENS	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

Dados específicos da pesquisa:

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

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

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

Sim () Não ()

Se sim o que é? _____

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

Sim () Não ()

Se sim o que ? _____

4. No momento em que descobriu ter hipertensão e/ou Diabetes, recebeu alguma orientação sobre sua alimentação?

Sim () Não ()

De quem? _____

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

Sim () Não ()

Sem sim qual? _____

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

Sim () Não ()

Sem sim qual? _____

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

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

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

Sim () Não ()

Se sim quantas vezes na semana? _____

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

Sim () Não ()

Se sim qual? _____

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

() Tomar os medicamentos;

() Dinheiro para a compra de alimentos saudáveis;

() Diminuir o sal da comida;

() Distância até o serviço de saúde.

() Usar adoçante.

() Comer alimentos integrais

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

12. O Sr (a) acha que a dieta é um cuidado importante no tratamento da diabete e hipertensão? () Sim () Não () Não sabe

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

() Sim () Não () Não sabe

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

() Médico () Nutricionista () Enfermeira () Não sabe

() Outros _____

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

() Sim () Não () Mais ou menos

16. O Sr (a) participa dos grupos do hiperdia, das reuniões?

() Sim () Não Porque? _____

17. Qual sua opinião sobre os grupos, reuniões, como o Sr (a) acha que deveriam ser?

APÊNDICE III - Autorização da Secretaria de Saúde de Pedro de Alcântara - RS

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE –
UNESC
ESPECIALIZAÇÃO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA**

**APRESENTAÇÃO**

O Curso de Especialização em Nutrição Clínica da UNESC tem como requisito obrigatório para o acadêmico, desenvolver pesquisa no campo da Nutrição e produzir uma monografia com os resultados obtidos.

Neste sentido, apresentamos a acadêmica Deisi Bauer Machado e solicitamos sua autorização para realização da pesquisa (coleta de dados) intitulada “Avaliação do Estado Nutricional de quatro grupos de Hiperdia em um município do Litoral Norte do Rio Grande do Sul”.

Informamos que será mantida a ética da pesquisa, de acordo com os rigores da legislação, onde será assegurado aos sujeitos participantes o sigilo de suas identidades e a não emissão de juízos de valor, entre outros.

Agradecemos pela sua atenção e contribuição com o desenvolvimento da ciência.

Atenciosamente,

Orientadora da monografia

Secretaria de Saúde

Dom Pedro de Alcântara _____ de _____ de 20____.

ANEXO

ANEXO II – Aprovação pelo Comitê de Ética da UNESC.**Universidade do Extremo Sul Catarinense UNESC
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP****Resolução**

Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Projeto: 457/2011

Pesquisador:

PAULA ROSANE VIEIRA GUIMARÃES

DEISI BAUER MACHADO

Título: "ESTADO NUTRICIONAL EM GRUPOS DE HIPERDIA DE UM MUNICÍPIO DO LITORAL NORTE DO RIO GRANDE DO SUL".

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicado ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores

Críciúma, 28 de novembro de 2011.

Mágada T. Schwalm

Coordenadora do CEP