

A problemática da adesão ao tratamento da hipertensão no contexto da Saúde da Família

The problem of attainment to the dietary changes of hypertension in the context of Primary Health Care

Luciana Saraiva da Silva*

Rosângela Minardi Mitre Cotta**

Andréia Queiroz Ribeiro***

Amanda Gomes Ribeiro****

375

Artigo Original • Original Paper
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2014;38(4):375-383

Resumo

A Hipertensão Arterial (HA) constitui um grave problema de saúde pública no mundo. As modificações no estilo de vida são consideradas fundamentais na prevenção e no controle da HA, o que pode ser conseguido por meio de ações educativas em saúde na Atenção Primária. O objetivo do estudo foi avaliar o efeito de duas estratégias de educação em nutrição e saúde, visando mudanças dietéticas indicadas no tratamento da HA. O estudo foi realizado com mulheres portadoras de HA (n = 27) no município de Porto Firme-MG. A intervenção consistiu em: 1) atividades educativas em grupo (G1; n = 14) e, 2) atividades educativas em grupo e orientações domiciliares (G2; n = 13). Para análise da adesão foram avaliados parâmetros dietéticos, antropométricos, bioquímicos e clínicos em três momentos: T1 – antes das intervenções; T2 – final das intervenções e T3 – após 8 meses de interrupção das intervenções. No grupo 1, não houve diferença estatisticamente significativa dos parâmetros avaliados, enquanto no grupo 2, houve para os valores de circunferência da cintura ($p = 0,030$), pressão arterial sistólica ($p = 0,012$) e consumo de sal ($p = 0,003$). Enquanto as mulheres foram orientadas sistematicamente, elas seguiram as orientações dietéticas, o que influenciou positivamente os parâmetros avaliados entre T1 e T2, em especial no grupo 2. Porém, em T3, observou-se que essas modificações não foram suficientemente incorporadas aos seus hábitos de vida. Isso demonstra a importância da continuidade da atenção para a adesão e empoderamento do portador de HA ao tratamento nutricional.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Adesão do Paciente.

Abstract

Systemic arterial hypertension (SAH) is a serious public health problem in the world. Changes in lifestyle are considered fundamental in the prevention and control of hypertension, which can be achieved through health education actions at the level of primary care. The aim of this study was to evaluate the effect of two strategies of nutrition and health education for the orientation of dietary changes indicated in the treatment of SAH. The study was conducted with women having hypertension (n = 27) in the city of Porto Firme-MG. The intervention consisted in: 1) educational group activities (G1, n = 14); 2) educational group activities and household guidelines (G2, n = 13). The study evaluated the evolution of anthropometric, biochemical, clinical and dietetic parameters in three stages: T1 - before the intervention, T2 - at the end of the intervention and T3 - eight months after interventions stopped. In group 1, there was no statistically significant differences in the parameters, while in group 2 there was statistically significant differences for the values of waist circumference ($p = 0,030$), systolic blood pressure ($p = 0,012$) and consumption of salt ($p = 0,003$). While they were instructed, the women followed the dietary guidelines which positively influenced the parameters from T1 to T2. In T3, it was observed that the changes were not incorporated in their lifestyle.

Keywords: Health Education. Hypertension. Primary Health Care. Patient Compliance.

DOI: 10.15343/0104-7809.20143804375383

Pesquisa financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES; n do processo: 23038.009788/2010-78, AUX-PE- Pró-Ensino Saúde 2034/2010 e pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG; n do processo: APQ-00197-09.

* Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa-MG, Brasil. E-mail: lucianassnut@gmail.com

** Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa-MG, Brasil.

*** Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa-MG, Brasil.

**** Programa de Pós-Graduação do Departamento de Nutrição e Saúde. Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa-MG, Brasil.

As autoras declaram não haver conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) constitui um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Inquéritos de base populacional em diferentes cidades brasileiras mostraram prevalências de HA variando entre 22,3% e 43,9%¹.

As modificações no estilo de vida são consideradas fundamentais na prevenção e no controle da HA. Alimentação adequada, redução e controle do peso corporal, prática de atividade física e combate ao tabagismo e ao consumo excessivo de álcool representam os principais mudanças para redução do risco e incidência de Doenças Cardiovasculares (DCV), incluindo a HA^{1,2}.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como peça fundamental de elo entre as políticas de saúde e a comunidade, sendo que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a estrutura potencial na consolidação da promoção da saúde e prevenção dos agravos e enfermidades, tornando-se um espaço prioritário e privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde, que busquem a prevenção e o controle da HA³⁻⁵.

No entanto, apesar da ESF ter aumentado o acesso dos portadores de HA aos serviços de saúde, há uma baixa adesão ao tratamento, persistindo a alta prevalência de fatores de risco na comunidade³.

Os resultados demonstrando baixa adesão ao tratamento foram atribuídos principalmente às ações de educação em saúde secundárias e superficiais, sem apreensão das dimensões psicossociais e culturais do processo saúde-doença-cuidado⁶.

Sendo assim, destaca-se a importância do empoderamento do indivíduo para a construção de um estilo de vida saudável, o que implica, essencialmente, o processo por meio do qual as pessoas ou as comunidades adquirem maior controle sobre as decisões e ações que afetam sua saúde, ampliando as possibilidades de controle dos aspectos significativos relacionados à sua própria existência e tornando-se aptos para zelar pelo seu próprio bem-estar⁷.

Destarte, salienta-se a importância de se avaliar a adesão dos usuários aos serviços, atividades, programas e projetos e, como

consequência, realimentar decisões e ações na construção de um modelo de educação em saúde coerente com a realidade e necessidade da comunidade⁴. Ainda, torna-se importante refletir sobre a autonomia e empoderamento dos indivíduos portadores de HA em relação às atividades de educação em saúde, visto que são escassos os estudos nessa área. Trata-se de importantes atributos que devem ser observados também em longo prazo, pois, conforme a literatura salienta, a adesão varia na razão inversa do tempo de tratamento não farmacológico da HA⁸. Além disso, muitos programas e projetos que acontecem no país propõem ações que são periódicas e se extinguem quando a própria ação termina.

Levando-se em conta esses fatores, o estudo teve por objetivo avaliar, em diferentes momentos, o efeito de duas estratégias de educação em nutrição e saúde visando à orientação de mudanças dietéticas indicadas no tratamento da HA.

MÉTODO

O estudo foi realizado em Porto Firme, município de pequeno porte da Zona da Mata Mineira, microrregião de Viçosa. O município possui uma população de 10.417 habitantes e uma área territorial de 285 km²⁽⁹⁾.

Trata-se de um estudo longitudinal de intervenção, comparativo, aleatorizado por sorteio e não cego.

Foram selecionadas para o estudo 28 mulheres portadoras de HA cadastradas na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da área urbana de Porto Firme-MG, que preencheram os critérios de seleção; aceitaram participar do estudo e compareceram a, no mínimo, duas das cinco oficinas de educação em saúde e nutrição realizadas.

Os critérios de inclusão foram: idade entre 45 e 60 anos; níveis pressóricos $\geq 140/90$ mmHg e/ou sob uso de terapia anti-hipertensiva; sem acompanhamento nutricional; e que aceitassem participar das atividades propostas. Foram adotados como critérios de exclusão: mulheres com condições clínicas graves, com histórico de alcoolismo ou uso abusivo de drogas,

portadoras de doença renal crônica e gestantes. Para a verificação dos critérios de seleção, foram utilizados os dados clínicos dos prontuários individuais das usuárias da UAPS.

A amostra foi dividida em dois grupos, com 14 mulheres em cada, de forma a avaliar duas diferentes estratégias de educação em nutrição e saúde, visando à adesão às mudanças dietéticas indicadas no tratamento da HA. A primeira estratégia se caracterizava por oficinas dialogadas em grupo realizadas na UAPS (G1); e a segunda, combinada pelas oficinas dialogadas em grupo na UAPS e orientações domiciliares durante a elaboração das refeições principais, por meio de visitas domiciliares (VD), seguindo um programa de educação nutricional sistemático e acompanhamento familiar (G2). Esses dois grupos receberam orientações por um período de 20 semanas, correspondentes a 20 VD e 20 oficinas em grupo, durante os meses de abril a agosto de 2009. Houve perda no acompanhamento de uma mulher do G2, que se mudou da cidade no decorrer do estudo. Dessa forma, o G2 contou com 13 mulheres.

As oficinas foram realizadas por meio de palestras dialogadas e dinâmicas envolvendo demonstrações práticas sobre o preparo e valor nutricional de alimentos. Utilizou-se materiais didáticos, como cartazes, vídeos, álbuns seriados e figuras. Os principais temas abordados foram: conceito, fatores de risco e medidas dietéticas do tratamento; perigos do consumo excessivo de gordura / óleo, açúcar e sal de adição; importância e recomendações do consumo de frutas, verduras e legumes; conceitos fundamentais da Pirâmide Alimentar; e benefícios e importância da atividade física para redução / manutenção do peso.

As VD seguiram um programa sistemático de orientação nutricional, flexível às necessidades de cada família, e buscaram agregar os membros do núcleo familiar. Também contavam com uso de material didático de apoio, como listas de alimentos, cartazes, álbuns seriados e folhetos explicativos.

As intervenções foram realizadas por uma única nutricionista devidamente capacitada para tais atividades.

No mês de abril de 2010, após um período de oito meses em que as mulheres ficaram

sem acompanhamento nutricional, a equipe de pesquisadoras retornou ao município para verificar se as mudanças de hábitos e estilos de vida das mulheres haviam se consolidado.

Para a análise da adesão foram avaliadas, em ambos os grupos, informações sobre o consumo *per capita* / dia de óleo, açúcar e sal e a evolução de parâmetros antropométricos (peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC) e Circunferência de Cintura (CC)), bioquímicos séricos (glicemia de jejum, triglicérides, colesterol total e frações), valores da pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD). A análise foi realizada em três momentos: T1 – antes das intervenções (março / abril de 2009); T2 – ao final das intervenções (setembro / outubro de 2009); e T3 – após 8 meses, período no qual as intervenções sistemáticas foram interrompidas (abril / maio de 2010).

Os dados relativos às características sociodemográficas e de saúde foram coletados por meio da aplicação de entrevistas individuais, utilizando-se um questionário elaborado a partir de estudos presentes na literatura^{4,5}, sendo submetido anteriormente a pré-teste.

Os valores *per capita* / dia de óleo, sal e açúcar foram obtidos pela estimativa do consumo mensal relatado desses alimentos, dividido pelo número de dias do mês e pelo número de moradores do domicílio.

As variáveis antropométricas foram coletadas durante as oficinas. O peso corporal foi obtido por meio de balança eletrônica, com capacidade de 180 kg; a estatura foi aferida utilizando-se antropômetro portátil de acordo com as técnicas propostas por Jelliffe¹⁰. O IMC foi calculado e classificado segundo critérios da WHO¹¹. A CC foi aferida utilizando-se fita inextensível na menor circunferência observada e classificada de acordo com critérios da WHO¹².

As variáveis bioquímicas foram coletadas e analisadas por meio de técnicas de rotina clínica, sendo as participantes orientadas previamente sobre a necessidade de jejum de 12 horas.

A medida da PA foi realizada pelo método indireto com técnica auscultatória com uso de esfigmomanômetro aneróide devidamente calibrado, de acordo com os procedimentos recomendados pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial¹.

Para a análise dos dados foi utilizado o *software* SPSS for Windows (Version 17.0; SPSS Inc, Chicago, III). As variáveis antropométricas, clínicas e bioquímicas e de consumo alimentar em T1, T2 e T3 foram analisadas pelo teste não paramétrico de Friedman. Quando houve diferença estatisticamente significativa, realizou-se o Teste de Dunn's para verificar a diferença entre os tempos. Os grupos 1 e 2 foram comparados utilizando-se o teste não paramétrico de Mann Whitney. Considerou-se o nível de significância estatística $\alpha < 0,05$.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Viçosa-MG, Brasil, sob protocolo n 030/2009.

Foi realizada ampla explanação dos propósitos de investigação para os sujeitos da pesquisa, os quais assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, garantindo-se a confidencialidade das informações e o anonimato dos sujeitos.

RESULTADOS

Características sociodemográficas e de saúde das mulheres

Na Tabela 1, apresentam-se as principais características sociodemográficas e de saúde das mulheres participantes do estudo. Comparando-se os dois grupos, foram observadas diferenças estatisticamente significantes em relação à idade e ao uso de medicamentos.

Tabela 1. Características sociodemográficas e de saúde das mulheres participantes do estudo, nos grupos 1 e 2. Porto Firme-MG, Brasil, 2009 / 2010

	Grupo 1 (n = 14)	Grupo 2 (n = 13)	p
Idade (anos) Média ± dp Mediana (Mín-Máx)	57,3 ± 4,3 56,5 (52,0-69,0)	51,5 ± 6,8 52,0 (41,0-62,0)	0,029*
Escolaridade (anos de estudo) Média ± dp Mediana (Mín-Máx)	3,9 ± 2,2 3,5 (1,0-10,0)	4,8 ± 2,3 4,0 (3,0-10,0)	0,510
N. medicamentos / dia Média ± dp Mediana (Mín-Máx)	1,8 ± 0,6 2,0 (1,0-3,0)	2,9 ± 1,4 3,0 (1,0-6,0)	0,036*
Consumo excessivo de álcool, % (n)	0	0	-
Tabagista, % (n)	7,1 (1)	0	-
Atividade física, % (n) Ativo	57,1 (8)	57,1 (8)	-

* $p < 0,05$. p valor para diferença entre os grupos 1 (oficinas) e 2 (oficinas + orientações domiciliares) pelo teste de Mann Whitney.

Média ± desvio padrão / Mediana (Mínimo – Máximo).

Efeito das intervenções sobre o consumo *per capita* / dia de óleo, açúcar e sal

A Tabela 2 apresenta os resultados referentes ao consumo *per capita* / dia de óleo, açúcar e sal das mulheres participantes do estudo, nos grupos 1 e 2, nos tempos T1, T2 e T3.

No G1, não houve diferença estatisticamente significativa quanto ao consumo de óleo, açúcar e sal entre os tempos. No G2, houve aumento estatisticamente significativo no consumo *per capita* / dia de sal ($p = 0,003$), entre T2 e T3.

Observou-se redução no consumo *per capita* / dia de óleo entre T1 e T2. Por outro lado,

ao se fazer a comparação entre T2 e T3, observou-se um aumento no consumo desse gênero, sendo que 77% das mulheres participantes do estudo tinham consumo *per capita* de óleo acima do recomendado. Resultados semelhantes

foram encontrados no consumo *per capita* / dia de açúcar e sal.

Quando se compararam os grupos 1 e 2, não se observou diferença estatisticamente significativa entre eles para nenhum parâmetro avaliado.

Tabela 2. Consumo *per capita* / dia de óleo, açúcar e sal das mulheres participantes do estudo, nos grupos 1 e 2, em T1, T2 e T3. Porto Firme-MG, Brasil, 2009 / 2010

Grupo 1 (n = 14)							
	T1		T2		T3		
<i>Per capita</i> / dia	Média ± dp	Mediana (Mín-Máx)	Média ± dp	Mediana (Mín-Máx)	Média ± dp	Mediana (Mín-Máx)	p
Óleo (mL)	41,8 ± 17,8	36,0 (26,0-98,0)	20,0 ± 15,1	15,0 (0,0-98,0)	22,6 ± 21,2	15,0 (0,0-75,0)	0,819
Açúcar (g)	106,9 ± 67,5	113,0 (0,0-250,0)	101,9 ± 70,1	83,3 (0,0-250,0)	72,6 ± 68,9	61,0 (0,0-250,0)	0,120
Sal (g)	11,0 ± 8,4	8,6 (0,0-28,0)	7,3 ± 6,1	6,1 (0,0-16,5)	12,3 ± 10,9	8,3 (0,0-35,3)	0,068

Grupo 2 (n = 13)							
	T1		T2		T3		
<i>Per capita</i> / dia	Média ± dp	Mediana (Mín-Máx)	Média ± dp	Mediana (Mín-Máx)	Média ± dp	Mediana (Mín-Máx)	p
Óleo (mL)	35,9 ± 16,0	36,0 (22,0-62,0)	22,7 ± 10,5	24,0 (7,5-45,0)	26,8 ± 9,2	30,0 (15,0-45,0)	0,103
Açúcar (g)	100 ± 47,9	88,0 (55,5-180,0)	66,4 ± 26,5	62,5 (33,0-111,0)	86,4 ± 49,6	83,3 (22,2-166,6)	0,223
Sal (g)	10,6 ± 6,4	8,6 (6,5-22,0)	8,1 ± 2,6	8,2 (3,3-13,2)	10,2 ± 3,8	8,3 (5,5-16,6)	0,003 ^a

a. $p < 0,05$, sendo $T3 > T2$; p valor para diferença entre valores de T1, T2 e T3 para os grupos 1 e 2 pelo teste de Friedman; Média ± desvio padrão / Mediana (Mínimo – Máximo).

Efeito das intervenções sobre as variáveis antropométricas, clínicas e bioquímicas

Na Tabela 3 estão apresentados os principais resultados da intervenção sobre as variáveis antropométricas, clínicas e bioquímicas nos grupos 1 e 2.

No G1, não houve diferença estatisticamente significativa nos parâmetros avaliados. Já no G2, houve redução estatisticamente significativa nos valores de CC ($p = 0,030$) entre T1 e T2. Em

contrapartida, houve aumento estatisticamente significativo na PAS ($p = 0,012$) entre T2 e T3. Os parâmetros CC e PAS tiveram redução média de 4,5 cm e 12,5 mmHg, respectivamente, entre T1 e T2; e aumento de 4,2 cm e 18,0 mmHg, respectivamente, entre T2 e T3.

Ao se comparar os grupos 1 e 2, observou-se diferença estatisticamente significativa em T1 para o valor de HDL-colesterol ($p = 0,008$) e em T3 para PAS ($p = 0,003$), sendo esta mais elevada no G2.

Tabela 3. Variáveis antropométricas, clínicas e bioquímicas das mulheres participantes do estudo, nos grupos 1 e 2, em T1, T2 e T3. Porto Firme-MG, Brasil, 2009 / 2010

	Grupo 1 (n = 14)						p
	T1		T2		T3		
	Média ± dp	Mediana (Mín-Máx)	Média ± dp	Mediana (Mín-Máx)	Média ± dp	Mediana (Mín-Máx)	
Peso (kg)	71,2 ± 14,9	67,9 (56,3-99,6)	71,2 ± 13,5	67,8 (58,1-98,0)	70,7 ± 13,9	63,2 (57,0-97,9)	0,368
IMC (kg/m²)	29,7 ± 5,1	29,0 (24,1-40,4)	29,7 ± 4,4	28,3 (24,8-39,8)	29,5 ± 4,5	27,6 (24,3-37,3)	0,368
CC (cm)	97,3 ± 14,4	97,0 (78,0-129,0)	95,5 ± 13,5	94,0 (78,0-127,0)	96,5 ± 14,3	96,0 (68,0-122,0)	0,089
PAS (mmHg)	118,3 ± 14,6	120,0 (90,0-140,0)	113,1 ± 10,3	110,0 (100,0-130,0)	115,3 ± 8,7	120,0 (90,0-120,0)	0,839
PAD (mmHg)	81,5 ± 10,6	80,0 (60,0-100,0)	73,0 ± 9,4	70,0 (60,0-90,0)	74,6 ± 9,6	80,0 (60,0-90,0)	0,182
Glicose (mg/dL)	113,2 ± 69,4	91,0 (65,0-328,0)	86,6 ± 13,5	84,0 (69,0-117,0)	113,3 ± 51,8	100,5 (68,0-212,0)	0,430
TG (mg/dL)	172,6 ± 88,1	164,0 (65,0-431,0)	160,1 ± 79,9	130,5 (67,0-283,0)	135,7 ± 46,8	118,0 (92,0-219,0)	0,620
CT (mg/dL)	220,2 ± 56,0	215,0 (147,0-169,0)	217,9 ± 57,7	208,0 (136,0-309,0)	195,0 ± 32,1	184,0 (168,0-247,0)	0,620
LDL (mg/dL)	135,2 ± 31,4	132,5 (85,0-182,0)	136,2 ± 42,5	134,0 (76,0-222,0)	133,7 ± 53,8	112,4 (82,0-231,0)	0,768
HDL (mg/dL)	41,7 ± 6,1	42,0 (33,0-55,0)	49,5 ± 15,0	44,5 (34,0-72,0)	51,2 ± 14,5	55,0 (31,0-73,0)	0,085
	Grupo 2 (n = 13)						p
	T1		T2		T3		
	Média ± dp	Mediana (Mín-Máx)	Média ± dp	Mediana (Mín-Máx)	Média ± dp	Mediana (Mín-Máx)	
Peso (kg)	77,3 ± 14,7	73,9 (62,3-112,0)	75,4 ± 13,5	74,8 (59,5-104,0)	76,9 ± 12,9	77,8 (61,0-107,4)	0,206
IMC (kg/m²)	33,5 ± 5,9	32,4 (26,2-47,2)	32,7 ± 5,5	32,8 (25,1-43,8)	33,3 ± 5,4	34,1 (25,3-45,2)	0,302
CC (cm)	103,4 ± 12,5	104,0 (85,0-126,0)	98,9 ± 11,5	98,0 (85,0-118,0)	103,1 ± 12,3	100,8 (80,8-128,5)	0,030 ^a
PAS (mmHg)	128,3 ± 17,4	125,0 (110,0-160,0)	115,8 ± 9,9	120,0 (90,0-130,0)	130,0 ± 12,7	130 (120,0-180,0)	0,012 ^b
PAD (mmHg)	78,3 ± 11,1	80,0 (60,0-100,0)	77,5 ± 7,5	80,0 (60,0-90,0)	81,5 ± 6,8	80,0 (70,0-100,0)	0,755
Glicose (mg/dL)	110,7 ± 27,9	108,0 (77,0-179,0)	93,3 ± 23,6	86,0 (66,0-151,0)	123,0 ± 67,0	95,0 (78,0-294,0)	0,052
TG (mg/dL)	151,1 ± 74,4	135,0 (57,0-321,0)	134,1 ± 52,8	126,5 (60,0-284,0)	156,3 ± 62,9	157,0 (70,0-283,0)	0,060
CT (mg/dL)	206,8 ± 57,1	201,0 (145,0-353,0)	193,0 ± 31,4	189,5 (153,0-249,0)	193,2 ± 30,3	180,5 (141,0-232,0)	0,559
LDL (mg/dL)	127,0 ± 48,6	113,0 (67,0-236,0)	117,4 ± 25,9	113,5 (86,0-167,0)	105,7 ± 25,5	104,1 (75,0-154,0)	0,086
HDL (mg/dL)	49,6 ± 7,7	50,0 (34,0-66,0)	48,8 ± 9,3	47,5 (34,0-66,0)	56,2 ± 14,1	55,5 (37,0-82,0)	0,336

* p < 0,05, a = p < 0,05, sendo T2 < T1 e b = p < 0,05, sendo T3 > T2 (p valor para diferença entre valores de T1, T2 e T3 para os grupos 1 e 2 pelo teste de Friedman); Média ± desvio padrão / Mediana (Mínimo – Máximo); IMC – Índice de Massa Corporal; CC – Circunferência da Cintura; PAS – Pressão Arterial Sistólica; PAD – Pressão Arterial Diastólica; TG – Triglicérides; CT – Colesterol Total; LDL – Lipoproteína de Baixa Densidade; HDL – Lipoproteína de Alta Densidade.

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que ambas as intervenções educativas – oficinas dialogadas em grupo e orientações domiciliares – resultaram em melhoria dos parâmetros antropométricos, clínicos e bioquímicos quando se observam os resultados encontrados em T2. Segundo Cotta, et al^{13,14}, a orientação domiciliar constitui-se em uma estratégia privilegiada para a educação nutricional, uma vez que contribui para a mudança de padrões de comportamento, pois lida com população adscrita, no território onde as pessoas vivem e trabalham, cujas terapêuticas são planejadas segundo as necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades¹⁵. De forma semelhante, Fritzen¹⁶ afirma que os grupos de atividades educacionais também permitem que grande parte das crenças, atitudes e sentimentos dos indivíduos sejam adquiridas, de tal forma que, muitas vezes, a integração e o compartilhamento auxiliam nas mudanças dos hábitos e estilos de vida. Sendo assim, os recursos utilizados no presente estudo, tanto humanos quanto técnicos, foram essenciais para compreensão e adesão das usuárias às recomendações dietéticas entre T1 e T2.

Porém, após os 8 meses (T3), tempo que as mulheres ficaram sem acompanhamento nutricional, os resultados praticamente voltaram aos níveis inadequados do período anterior às intervenções. Tal fato aponta para a necessidade de acompanhamento sistemático e contínuo, sendo possível que as mulheres tenham encontrado dificuldades para incorporar as orientações nutricionais e de mudanças dos hábitos de vida no período que ficaram sem orientação. Apesar de elas possuírem as informações necessárias sobre atitudes saudáveis, ainda não conseguiram aplicar na rotina de suas vidas as orientações recebidas com autonomia. Segundo Valla¹⁷, os saberes da população são elaborados a partir das experiências e vivências concretas, buscando promover a ruptura dos obstáculos encontrados, criando-se, portanto, espaços para a cidadania como elemento essencial para o empoderamento da população. Dessa forma, faz-se necessário os processos participativos que promovam o desenvolvimento da capacidade dos indivíduos até que consigam controlar situações que afetam sua saúde, a partir da conscientização

dos determinantes dos problemas ou da formação do pensamento crítico⁷.

Em relação ao consumo *per capita* / dia de óleo, açúcar e sal, observou-se redução da média de consumo desses alimentos entre T1 e T2 em ambos os grupos. Destacou-se que, como a estimativa de consumo desses gêneros foi calculada a partir da disponibilidade mensal no domicílio, sugere-se que a orientação domiciliar tenha alterado de forma importante o consumo não apenas das mulheres portadoras de HA, mas também dos familiares. No estudo de Souza e Pomatti¹⁸, no qual foram realizadas atividades educacionais em grupo, foi possível observar que as portadoras de HA também ficaram estimuladas a cuidar de seus familiares, após a participação nas atividades de educação em saúde.

Especificamente quanto ao consumo de sal, a redução é uma das metas principais da orientação dietética e constitui recomendação das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial¹. Entretanto, apesar do entendimento pelos indivíduos da relação entre o consumo de sal e o aumento da pressão, a modificação e incorporação das mudanças dietéticas dificilmente são alcançadas¹⁹, o que se confirma no atual estudo, já que houve aumento estatisticamente significativo no consumo *per capita* / dia de sal, no G2, entre T2 e T3. Sendo assim, o resultado encontrado em T3 aponta que não houve incorporação das mudanças ocorridas entre T1 e T2. Apesar disso, modestas reduções na quantidade de sal são, em geral, eficientes em reduzir a PA²⁰.

Quanto às variáveis antropométricas, clínicas e bioquímicas, observou-se que, no G1, houve mudanças benéficas nas médias dos parâmetros avaliados entre T1 e T2, porém não foram estatisticamente significantes. Em contrapartida, as VD (G2), por realizarem-se em um *locus* privilegiado, parecem ter induzido mudanças benéficas expressivas nos parâmetros avaliados entre T1 e T2. Nesse grupo, houve redução estatisticamente significativa nos valores de CC entre T1 e T2, o que demonstra maior adesão às intervenções. Porém, entre T2 e T3, houve aumento estatisticamente significativo nos valores da PAS, o que sugere o não seguimento das orientações dietéticas.

A intervenção dietética realizada foi de extrema importância para melhoria dos parâmetros

avaliados entre T1 e T2. Estudos mostram que intervenção dietética orientada é realmente capaz de reduzir os níveis pressóricos^{21,22}. Um estudo que avaliou o efeito de medidas não farmacológicas combinadas, incluindo redução do peso e dieta em portadores de hipertensão com sobrepeso, revelou uma diminuição de 9,5 mmHg e 5,3 mmHg, na PAS e PAD, respectivamente. As reduções de PA encontradas foram de mesma magnitude das encontradas com tratamento farmacológico e tiveram efeitos benéficos adicionais, como a redução do colesterol total e LDL-colesterol, em magnitudes de 25 e 18 mg/dl, respectivamente²³, o que se assemelha ao presente estudo. Além disso, a CC, que teve redução significativa no presente estudo, correlaciona-se com reduções da PA e melhora de alterações metabólicas associadas^{24,25}.

Os resultados apontam que a adesão ao tratamento diminuiu com a interrupção das intervenções tanto no G1 quanto no G2. Observou-se que as mulheres tiveram dificuldade em seguir as orientações dietéticas, sem o acompanhamento do pesquisador. Isso demonstra a importância da continuidade e longitudinalidade da atenção, dimensões características da APS.

A realização de atividades educativas e o oferecimento de suporte social adequado mostram-se características que, quando realizadas de forma contínua, contribuem favoravelmente para adesão e empoderamento do hipertenso ao tratamento²⁶.

Dessa forma, torna-se importante a continuidade na investigação da problemática da adesão,

a fim de confirmar a importância da estratégia, assim como alimentar as unidades de saúde com informações necessárias ao seu aperfeiçoamento e continuidade dos serviços.

CONCLUSÃO

Constatou-se, por meio deste estudo, que as estratégias educativas constituem um importante instrumento para mudanças alimentares dos portadores de HA e seus familiares. Observou-se que enquanto as mulheres foram orientadas sistematicamente, elas seguiram as recomendações, o que influenciou positivamente os parâmetros antropométricos, bioquímicos e clínicos. Entretanto, após o tempo em que as mulheres ficaram sem acompanhamento nutricional, os resultados praticamente voltaram aos níveis inadequados do período anterior às intervenções.

Sendo assim, evidencia-se a importância estratégica do nutricionista na ESF para organizar e implementar um programa de mudanças de hábitos alimentares aos usuários, com o objetivo de orientar a aquisição, preparo e consumo dos alimentos, de forma sistemática, longitudinal e contínua.

Como limitação, destaca-se que este estudo apresentou dados pontuais, com base em uma amostra restrita, o que demonstra a importância de novos estudos explorando a adesão dos portadores de HA às estratégias de educação em saúde e nutrição no contexto da APS.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010;95(Supl 1):1-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0066-782x2010001700001>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 58 p.
3. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Ciên Saúde Colet. 2012;17(1):7-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000100002>.
4. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR, Dias CMGC, Araújo RMA. Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família. Physis. 2011;21(1):87-112. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312011000100006>.
5. Ribeiro AG, Ribeiro SMR, Dias CMGC, Ribeiro AQR, Castro FAF, Suárez-Varela MM, Cotta, RMM. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: A comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. BMC Public Health. 2011;11(1):637. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-637>.
6. Costa JMBS, Silva MRF, Carvalho EF. Avaliação da Implantação da Atenção à Hipertensão Arterial pelas Equipes de Saúde da Família no Município de Recife (PE, Brasil). Ciên Saúde Colet. 2011;16(2):623-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000200026>.

7. Martins PC, Cotta RMM, Siqueira-Batista R, Mendes FF, Franceschini SCC, Priore SE, et al. Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. *Physis*. 2009;19(3):679-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312009000300007>.
8. Araújo JC, Guimarães AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(3):368-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102007000300007>.
9. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Minas Gerais. Porto Firme; 2012.
10. Jelliffe DBI. Evaluación del estado de nutrición de la comunidad. Genebra: OMS; 1968.
11. WHO. World Health Organization. WHO Expert Committee on Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995. (WHO Technical Report Series 854)
12. WHO. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO; 1998.
13. Cotta RMM, Azeredo CM, Schot M, Cardoso PM, Franceschini SCC, Priore SE. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. *Rev Med Minas Gerais*. 2006;16(16):1-8.
14. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro F, et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeiras, MG. *Ciê Saúde Colet*. 2009;14(4):1251-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000400031>.
15. Gomes KO, Cotta RMM, Raquel RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção Primária à Saúde – a ‘menina dos olhos’ do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciê Saúde Colet*. 2011;16(supl 1):881-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000700020>.
16. Fritzen SJ. Exercícios práticos de dinâmica de grupo. Petrópolis: Vozes; 2006. 22 p.
17. Valla VV. Procurando conhecer a fala das classes populares. In: Valla VV, organizador. Saúde e educação. Rio de Janeiro: DP&A; 2000.
18. Souza RC, Pomatti DM. Repercussão das atividades educativas no dia-a-dia dos hipertensos participantes de um grupo. *Boletim Saúde Porto Alegre*. 2003;17(2):147-58.
19. Korhonen M, Kastarinen M, Uusitupa M, Puska P, Nissinen A. The effect of intensified diet counseling on the diet of hypertensive subjects in primary health care: a 2-year open randomized controlled Trial of lifestyle intervention against hypertension in Eastern Finland. *Prev Medicine*. 2002;36(1):8-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1006/pmed.2002.1120>.
20. Dumler F. Dietary sodium intake and arterial blood pressure. *J Ren Nutr*. 2009;19(1):57-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/j.jrn.2008.10.006>.
21. Champagne CM. Dietary interventions on blood pressure: the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) trials. *Nutr Rev*. 2006;64:S53-S6. DOI: [10.1111/j.1753-4887.2006.tb00234.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1753-4887.2006.tb00234.x).
22. Neter JE, Stam BE, Kok FJ, Grobbee DE, Geleijnse JM. Influence of Weight Reduction on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Hypertension*. 2003;42(5):878-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1161/01.hyp.0000094221.86888.ae>.
23. Miller ER, Erlinger TP, Young DR, Jehn M, Charleston J, Rhodes D, et al. Results of the Diet, Exercise, and Weight Loss Intervention Trial (DEW-IT). *Hypertension*. 2002;40(5):612-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1161/01.hyp.0000037217.96002.8e>.
24. Guimarães ICB, Almeida AM, Santos AS, Barbosa DBV, Guimarães AC. Pressão arterial: efeito do índice de massa corporal e da circunferência abdominal em adolescentes. *Arq Bras Cardiol*. 2008;90(6):426-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0066-782x2008000600007>.
25. Stevens VJ, Obarzanek E, Cook NR, Lee IM, Appel LJ, Smith WD, et al. Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the trials of hypertension prevention, phase II. *Ann Intern Med*. 2001;134(1):1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00008483-200105000-00013>.
26. Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev Eletrônica Enferm*. 2006;8(2):259-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v8i2.7041>.