

Perfil nutricional de pacientes acompanhados pelo Programa Hiperdia em uma unidade de estratégia da família de Vila Velha-ES

Nutritional profile of patients accompanied by the Hiperdia Program in a family health unit, in the city of Vila Velha-ES

Raphaela Erlacher Brito Souza¹
Fabiana Eleotério Oliveira²
Laila Silva Cavatti²
Paula Broedel²
Suellen Castro Armani²
Dominik Lenz³
Denise Coutinho Endringer³
Kalline Pereira Aroeira⁴

¹ Nutricionista, Prefeitura Municipal de Vila Velha, Vila Velha ES, Brasil.

² Nutricionista, Universidade Vila Velha, Vila Velha, ES, Brasil.

³ Docente, Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Vila Velha, Vila Velha, ES, Brasil.

⁴ Docente, Curso de Pedagogia e Medicina, Universidade Vila Velha, Vila Velha, ES, Brasil.

Correspondência / *Correspondence*

Raphaela Erlacher Brito Souza
Av Santa Leopoldinha, 840 - Coqueiral de Itaparica
29102-915 - Vila Velha, ES, Brasil
E-mail: raphaelabrito@yahoo.com.br

Resumo

Descreve-se o perfil nutricional de pacientes cadastrados no programa Hiperdia, em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família no município de Vila Velha – ES. Estudo exploratório descritivo, de caráter retrospectivo, realizado com dados secundários coletados dos prontuários dos pacientes cadastrados no programa Hiperdia da Unidade de Saúde contemplada pela Estratégia de Saúde da Família localizada no bairro Ibes. Foram estudados 218 prontuários de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade, de janeiro 2008 a maio 2010. Dentre os hipertensos e diabéticos avaliados, a maioria foi de adultos (64,7%) do sexo feminino (54,6%). Em relação aos hábitos de vida, os pacientes negaram tabagismo (80,7%), consumo de álcool (80,7%) e atividade física regular (76,6%). O consumo de vegetais foi relatado pela maioria dos pacientes (74,3%). Os pacientes foram avaliados ainda quanto ao número de refeições diárias, verificando-se a realização de quatro refeições (31,7%) a cinco refeições por dia (28,9%). A maioria dos pacientes adultos, com idade menor que 60 anos, está classificada como obesidade grau I (71,6%), e os idosos como sobrepeso (75,3%). Nota-se ainda maior percentual de mulheres com obesidade grau I (52,1%), enquanto para o sexo masculino há maior frequência de sobrepeso (42,4%). Estratégias de cuidado em saúde devem ser desenvolvidas para incentivar mudanças nesses hábitos, objetivando a prevenção e o controle das complicações relacionadas a essas morbidades.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Diabetes Mellitus. Hábitos alimentares. Hipertensão. Saúde da família.

Abstract

This study describes the nutritional status of patients treated in a Family Health Strategy unit in the city of Vila Velha-ES. This is an exploratory, retrospective study conducted with secondary data collected from patients enrolled in the Hiperdia program of Ibes. The study was conducted between January 2008 and May 2010. Data of 218 medical records were gathered. Among the hypertensive and diabetic patients evaluated, the majority were adults (64.7%) females (54.6%); concerning lifestyle, patients denied smoking (80.7%), alcohol consumption (80.7%) and regular physical activity (76.6%). The consumption of vegetables was reported by most patients (74.3%). They were also evaluated on the number of daily meals, and four meals (31.7%) to five meals (28.9%) were made daily. Most adult patients were classified as obese degree 1 (71.6%) and most were classified as overweight (75.3%). It must be highlighted that there is a higher percentage of obese degree 1 women (52.1%), whereas for males there is a higher frequency of overweight (42.4%). Health care strategies must be developed to encourage changes in dietary habits. Furthermore, measures should be taken in order to prevent and control complications resulting from these diseases.

Key words: Primary health care. Diabetes Mellitus. Dietary habits. Hypertension. Family health.

Introdução

Nos últimos tempos, houve importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) e causas externas. As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontram-se o *diabetes mellitus* (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS), fatores independentes e sinérgicos (PAIVA et al., 2006).

Com o intuito de reduzir a incidência de doenças relacionadas ao sistema cardiovascular, o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de executar ações com diversas parcerias, dentre as quais secretarias municipais de Saúde, secretarias estaduais de Saúde e a Sociedade Brasileira de Hipertensão, para melhorar o atendimento às pessoas portadoras de doenças relacionadas ao aparelho circulatório. Surgiu, dentro desse contexto, o Sistema Hiperdia, que corresponde a um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização

da Atenção à hipertensão arterial e ao *diabetes mellitus*, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS), gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Além do cadastro, o sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, no médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, com o consequente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão a modificação do quadro atual, melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e redução do custo social (BRASIL, 2002). Dessa forma, seu principal objetivo é permitir o monitoramento dos pacientes atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do SUS e gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, de maneira sistemática, a esses pacientes (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde, o *diabetes mellitus* é considerado uma doença metabólica, de etiologia múltipla, resultante do defeito da secreção e/ou incapacidade de ação insulínica para exercer adequadamente suas ações, caracterizada pela hiperglicemia crônica e alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas (BRASIL, 2002; MIRANZI et al., 2008). Caracterizam-se pela presença de hiperglicemia crônica, acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial (SBD, 2003; MCLELLAN et al., 2007). Sua prevalência e incidência têm aumentado consideravelmente, principalmente entre os idosos e segundo a

Organização Mundial da Saúde – OMS (WHO, 2003), em 2003, havia aproximadamente 150 milhões de indivíduos diabéticos no mundo, sendo previsto o dobro desse número para o ano de 2025 (GERALDO et al., 2008). A severa morbidade e a taxa de mortalidade, associadas ao quadro, representam enorme impacto social e econômico em diferentes grupos etários e regiões geográficas (BARBOSA et al., 2009).

A hipertensão arterial (HA) apresenta-se como importante problema de saúde pública, de maior prevalência na atualidade, representando o tipo de morbidade mais frequente na população brasileira (COTTA et al., 2009). Definida pela OMS como elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica, a HA vem atingindo cada vez mais pessoas adultas, em especial os mais idosos, e adultos jovens, estimando-se que atinja cerca de 22% da população brasileira acima de 20 anos (ZAITUNE et al., 2006).

É importante destacar que essas doenças são de etiologia multifatorial e compartilham de vários fatores de riscos modificáveis, como o tabagismo, a obesidade, a dislipidemia, a inatividade física e a alimentação inadequada. Estudos epidemiológicos ressaltam que as doenças cardiovasculares seriam, por exemplo, uma causa relativamente rara de morte na ausência destes principais fatores de risco (OPAS, 2003).

De acordo com Stamber et al. (1999), cerca de 75% dos casos novos de doenças ocorridos em países desenvolvidos nas décadas de 70 e 80 poderiam ser explicados pela ingestão de dieta inadequada e pela inatividade física. Dessa forma, pode-se destacar que a ingestão de

uma alimentação adequada é importante para que o controle do diabetes e da hipertensão seja atingido. São necessárias mudanças dos hábitos alimentares, favorecendo um melhor controle metabólico, do peso corporal e da pressão arterial. No entanto, como esses hábitos têm geralmente suas origens dentro do ambiente familiar, durante a infância, os mesmos são difíceis de serem modificados, o que torna a intervenção do nutricionista importante, com orientações à população, considerando os aspectos psicológicos, socioculturais, educacionais e econômicos (MOTTA; BOOG, 1991).

O sobrepeso e a obesidade estão associados aos novos estilos de vida: hábitos alimentares e sedentarismo, constituindo, o desvio nutricional que mais aumenta mundialmente. Pesquisas nacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre Saúde e Nutrição, de 1975 e 1989, confirmadas pela Pesquisa Padrão de Vida feita pelo mesmo instituto, em 1996, demonstra que a porcentagem de obesos dobrou entre a população de mulheres em idade fértil, comparando-se os censos de 1975/89 com o de 1991, enquanto a de desnutrição caiu pela metade, no mesmo período (IBGE, 1985).

O DM e a HAS aparece 2,9 vezes mais frequentemente em indivíduos obesos do que naqueles com peso normal e considera-se que um indivíduo obeso tem 1,5 vezes mais propensão a apresentar níveis sanguíneos elevados de triglicerídeos e colesterol (WAITZBERG, 2000).

As medidas de educação em saúde não devem ser autoritárias e normativas, mas sim

dialógicas. Destaca-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como apoio para trabalhar estas questões junto à comunidade. Na ESF, os profissionais de saúde devem estar capacitados para prestar assistência integral à população. O cuidado em saúde deve ser participativo e humanizado, visto que é imprescindível integrar o saber técnico ao saber popular para melhorar direcionar as ações de saúde, intervir de forma mais efetiva, ao envolver a população ou os grupos populacionais no processo de cuidado, proporcionar mudanças no estilo de vida e melhoria na qualidade de vida dos indivíduos e da família (ALVES, 2006).

Diante disso, este estudo teve como objetivo descrever o perfil nutricional e os principais aspectos relacionados aos hábitos e as práticas alimentares de usuários diabéticos e hipertensos, cadastrados no Hiperdia, do município de Vila Velha (ES), visando à identificação de inadequações alimentares e de estilo de vida para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, prevenção e controle dos principais fatores de risco comuns a estas morbidades.

Métodos

Trata-se de estudo exploratório descritivo, de caráter retrospectivo, realizado com dados secundários, coletados dos prontuários dos pacientes já cadastrados no programa Hiperdia da Estratégia de Saúde da Família de Ibes, do município de Vila Velha-ES.

O estudo teve como ponto de partida os hipertensos e diabéticos cadastrados na

ESF, de janeiro de 2008 a maio de 2010, correspondendo a 292 prontuários. Foram incluídos os prontuários que possuíam todos os dados necessários para a análise da pesquisa, cujos pacientes fossem maiores de 18 anos, adultos e idosos, independentemente de sexo, cadastrados no programa Hiperdia, com diagnóstico clínico de diabetes e hipertensão, ou ambas e sem a presença de doenças consumptivas. O estudo foi, assim, composto por 218 prontuários.

Os seguintes dados foram coletados dos prontuários: sexo, idade, objetivo da consulta, prática de atividade física, número de refeições realizadas, consumo de vegetais, bebidas alcoólicas, tabagismo, peso corporal e altura. Com base nesses dados, para avaliação antropométrica foram utilizadas as medidas de peso e altura para cálculo do índice de massa corporal (IMC), um indicador do estado nutricional de fácil uso e não invasivo, calculado pela razão entre o peso (kg) e a altura (m²). Para a classificação do estado nutricional, tomou-se por base a recomendação do Ministério da Saúde (2004) para adultos (tabela 1) e para idosos, a classificação de IMC de Lipschitz (1994).

No presente estudo, os dados foram tabulados no programa Excel (2007) e as análises estatísticas dos dados dos prontuários foram realizadas no programa de estatística *Epi Info*, versão 3.5.2 (CDCP, 2011). A justificativa da escolha deste município para a realização deste estudo foi o fato de a unidade de saúde do município ser referência do programa Hiperdia.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Vila Velha (UVV), processo 46/2010.

Resultados

Foram analisadas as fichas de avaliação de 218 pacientes assistidos pelo programa Hiperdia que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa, sendo a maioria dos pacientes do sexo feminino (55%) e adulta (65%). A idade média dos pacientes foi de 55,00 ± DP=11,69 (mínimo de 20 e máximo de 78 anos).

As motivações para as consultas estavam relacionadas a hipertensão e diabetes em 54,1% dos pacientes, a hipertensão e dislipidemia em 6,4%, somente hipertensão em 16,5%, à

Tabela 1. Pontos de corte do IMC para adultos.

IMC (kg/m ²)	Diagnóstico nutricional
< 18,5	Baixo peso
≥ 18,5 e < 25	Adequado ou eutrófico
≥ 25 e < 30	Sobrepeso
≥ 30	Obesidade

Brasília, MS, 2004.

hipertensão, diabetes e tireóide em 0,5%, a hipertensão, diabetes e dislipidemia em 0,9%, a hipertensão, diabetes e doença cardiovascular em 6,4%, a diabetes e dislipidemia em 3,7% e 11,5% ao diabetes.

Em relação aos hábitos de vida, foi mais frequente o número de pacientes que negaram tabagismo (80,7%) e consumo de álcool (80,7%), bem como negaram a prática de atividade física regular (76,6%) (tabela 2). Verificou-se a maioria dos pacientes realiza quatro refeições (31,7%), ou cinco refeições (28,9%) por dia. O

consumo de vegetais foi observado na maioria (74,3%). Nota-se também que a maioria dos pacientes que afirmam consumir álcool e tabaco está classificada como obesidade grau I (58,3% e 76,9%, respectivamente), sendo o mesmo observado em relação à prática de atividade física, em que 47,7% dos pacientes praticantes são classificados como obesos (tabela 2). A maioria dos pacientes (60,1%) realizou quatro a cinco refeições diárias. Os pacientes com sobrepeso são a maioria daqueles que realizam apenas três refeições diárias (tabela 3).

Tabela 2. Distribuição percentual dos hábitos de vida em relação ao estado nutricional. Vila Velha, ES, 2011.

Classificação IMC	Consumo de Álcool			Tabagismo			Atividade Física		
	Sim (n=12)	Não (n=176)	NI (n=30)	Sim (n=13)	Não (n=176)	NI (n=29)	Sim (n=44)	Não (n=167)	NI (n=7)
Baixo Peso	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	3,4%	2,3%	0,0%	0,0%
Eutrofia	0,0%	15,3%	20,0%	0,0%	15,3%	20,7%	22,7%	12,6%	28,6%
Excesso de Peso	41,7%	35,8%	50,0%	23,1%	36,9%	51,7%	27,3%	40,7%	42,9%
Obesidade	58,3%	48,9%	26,7%	76,9%	47,7%	24,1%	47,7%	46,7%	28,6%

NI = Não Informado

Tabela 3. Distribuição percentual do número de refeições realizadas diariamente pelos pacientes atendidos pelo Hiperdia em estudo, relacionados à classificação do IMC. Vila Velha, ES, 2011.

Classificação IMC	Número de refeições realizadas diariamente						
	NI (n=22)	2 (n=2)	3 (n=35)	4 (n=69)	5 (n=63)	6 (n=26)	7 (n=1)
Baixo Peso	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Eutrofia	9,1%	0,0%	5,7%	14,5%	20,6%	23,1%	0,0%
Excesso de Peso	18,2%	0,0%	51,4%	37,7%	39,7%	34,6%	100,0%
Obesidade	72,7%	100,0%	42,9%	46,4%	39,7%	42,3%	0,0%

NI = Não Informado

Considerando a classificação do IMC em relação ao sexo e faixa etária, podem-se observar os resultados na tabela 4. Nota-se que a maioria dos pacientes adultos está classificada como obesidade de grau I (71,6%), bem como a maioria dos idosos estão classificados como sobrepeso (75,3%). Nota-se ainda, que há maior percentual de mulheres obesidade de grau I (52,1%), enquanto para o sexo masculino há maior frequência de sobrepeso (42,4%).

Discussão

A estratificação por sexo dos pacientes assistidos pela Hiperdia que procuraram o atendimento oferecido pela equipe de nutrição foi semelhante ao observado no estudo de Brito et al. (2009), que relataram presença de 72,3% de pacientes do sexo feminino. Miranzi et al. (2008) encontraram em seu estudo observacional do tipo inquérito transversal 66,7% de indivíduos do sexo feminino. A média de idade foi de 56 ± 8,48 DP anos, com variação de 44 a 77 anos.

A predominância do sexo feminino pode sugerir maior preocupação das mulheres com sua própria saúde ou ainda maior acessibilidade destas aos serviços de saúde, por haver maior número de programas de saúde nas UBS direcionados às mulheres quando comparadas aos homens, acrescido ao fato de que muitas delas são mães e acompanham as crianças aos serviços de saúde, o que facilita seu acesso às atividades e equipes de saúde (GERALDO et al., 2008). Estes fatos explicam, em parte, a maior proporção de mulheres acometidas por diversas doenças e que são diagnosticadas precocemente por procurarem com maior frequência os serviços de saúde (MIRANZI et al., 2008).

Em relação ao objetivo da consulta, o estudo mostrou que os indivíduos que apresentavam simultaneamente hipertensão arterial e *diabetes mellitus* foram os mais prevalentes no grupo, com 54,12%, seguidos de hipertensão arterial com 16,5% e da *diabetes mellitus* com 11,4%. Este dado está de acordo com o esperado, pois os participantes da pesquisa eram atendidos

Tabela 4. Distribuição percentual de faixa etária e sexo dos pacientes atendidos pelo Hiperdia do presente estudo, relacionados à classificação do IMC. Vila Velha, ES, 2011.

Classificação IMC	Sexo		Faixa etária	
	Feminino (n=119)	Masculino (n=99)	Adultos (n=141)	Idosos (n=77)
Baixo Peso	0,8%	0,0%	0,0%	1,3%
Eutrofia	12,6%	18,2%	10,6%	23,4%
Excesso de Peso	34,5%	42,4%	17,7%	75,3%
Obesidade	52,1%	39,4%	71,6%	0,0%

pelo programa Hiperdia, que acompanha portadores de hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus*, em unidades de saúde ou equipes da Atenção Básica do SUS.

O DM e a hipertensão arterial estão associados a morbidade e mortalidade, e são responsáveis por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Estudos recentes demonstraram que os benefícios da redução de fatores de risco para doenças cardiovasculares são significativos em indivíduos com DM (TOSCANO, 2004). A hipertensão arterial constitui um dos critérios para detectar diabetes em indivíduos assintomáticos. Lyra et al. (2006) também reconhecem que a obesidade, colesterol elevado e hipertensão estão associados ao DM tipo 2 e que o exercício provoca moderada queda da pressão arterial.

Quanto aos hábitos de vida, o estudo apresentou maior número de pacientes que negaram tabagismo (80,7%) e consumo de álcool (80,7%), resultado que se aproximou de demais estudos, como o de Brito et al. (2009), com 89,2% que não ingeriam bebidas alcóolicas e 91,6% que referiram não fumar; e ainda, Miranzi et al. (2008) descreveram que o hábito de fumar foi referido por apenas 19,4% dos pacientes.

O cigarro aumenta a concentração de gordura abdominal, reduzindo a sensibilidade insulínica, e aumenta a concentração glicêmica após o teste oral de tolerância à glicose, além de ser um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, acelerando a progressão das lesões ateroscleróticas (GERALDO et al., 2008; SBC, 2010). O

consumo elevado de álcool associa-se a maior mortalidade total, morte súbita arritmica, além do desenvolvimento de algumas doenças como hipertensão arterial, cardiomiopatia, acidente vascular cerebral hemorrágico, doença hepática e pancreática e câncer (GERALDO et al., 2008; SBC, 2010). Esses dados evidenciam a importância das constantes medidas de educação que devem ser realizadas para que a população assimile que tais hábitos não favorecem uma boa saúde.

A prática de atividade física está associada aos bons hábitos de vida saudáveis. Neste estudo, encontramos 76,6% da amostra estudada que negaram a prática de atividade física regular, diferentemente de Araújo et al. (2010), que encontraram em sua população de estudo que 60% realizavam a prática de atividades físicas. Esta é fundamental para se manter a saúde e o peso ideal, além de evitar o aparecimento de enfermidades relacionadas ao sedentarismo.

Quanto aos hábitos alimentares, somente 28,4% dos pacientes informaram consumir alimentos ricos em sódio. Araújo et al. (2010) descreveram, quanto ao uso de temperos, que 56% usam temperos industrializados no preparo dos alimentos – produtos que possuem quantidades elevadas de sódio, podendo acarretar o aumento da pressão arterial. O autor ainda relatou que 94% não adicionavam sal de adição na alimentação, sendo uma prática muito importante para controle e prevenção da hipertensão arterial. Segundo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010), a ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da pressão arterial.

Neste estudo, o consumo de vegetais foi observado na maioria da população (74,3%). Já Brito et al. (2009) descreveram que 67,47% referem consumir legumes e verduras diariamente, conduta considerada muito importante, pois ajuda no controle da glicemia e da pressão arterial. Mas este resultado nem sempre é encontrado, como no estudo de Araújo et al. (2010), que observaram baixo consumo de frutas e de hortaliças da população estudada.

Quanto à classificação do IMC, 71,6% dos pacientes adultos foram considerados obesos, sendo também uma maioria dos pacientes idosos classificados como excesso de peso (75,3%). No estudo de Ferreira e Ferreira (2009), a população do Hiperdia apresentou 76% de excesso de peso (sobrepeso/obesidade) entre os adultos e 60% de sobrepeso entre os idosos. Sendo assim, aponta-se a necessidade de intervenções específicas realizadas por equipe multidisciplinar nas Unidades Básicas de Saúde como parte do sucesso no controle do excesso de peso.

A obesidade é um dos fatores de risco para a hipertensão arterial, assim a manutenção de peso adequado é indispensável para a manutenção e/ou prevenção das complicações cardiovasculares, tais como hipertensão, dislipidemia e *diabetes mellitus* (SBC, 2005). E a presença de hipertensão arterial como doença associada ao DM, o sobrepeso/obesidade pode caracterizar o quadro de síndrome metabólica (SM) descrito na literatura (MACHADO; SICHIERI, 2002; HENO, 2007), mostrando que esses indivíduos apresentam condições de alto risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Quando relacionados à classificação do IMC, nota-se que a maioria dos pacientes que afirmam consumir álcool e tabaco estão classificados como obesos (58,3% e 76,9%, respectivamente). Machado e Sichieri (2002) referem que o consumo de bebidas alcoólicas é um fator contribuinte para a elevação da pressão arterial, além de estar associado ao surgimento de gordura localizada na região abdominal.

Um dado relevante encontrado neste estudo foi o baixo número de refeições diárias (entre quatro e cinco refeições/dia) realizadas pela população estudada. Cotta et al. (2009) encontraram em seu estudo as medianas três e quatro referente ao número de refeições diárias. O maior fracionamento de refeições constitui importante medida de prevenção e controle da diabetes, dislipidemia e obesidade, como se pode notar no estudo em questão, que referiu maior percentual de pacientes eutróficos entre os que realizam cinco (20,6%) e seis (23,1%) refeições diárias.

O sedentarismo foi referido por 79,8% da amostra. Um número pouco menor foi detectado por Araújo et al. (2010). Países como o Brasil têm centralizado esforços na área de Saúde Pública, visando à prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT). Para tanto, tem-se destacado a redução da obesidade, melhoria do padrão alimentar e luta contra o sedentarismo. A projeção de ações que estão comprometidas com a educação alimentar e nutricional e prática de exercícios físicos regulares podem ser de grande valia para a redução do contingente de obesos em todo o mundo (SOUZA et al., 2007).

A prática de exercícios físicos aeróbicos é considerada um tratamento não-medicamentoso muito efetivo para a hipertensão arterial, mas para ser eficaz, o exercício deve ser realizado na intensidade baixa a moderada, com duração de 30 a 60 minutos, no mínimo três vezes por semana (FORJAZ et al., 2005).

Conclusão

O presente estudo revelou que o perfil nutricional, os hábitos e as práticas alimentares dos pacientes assistidos pelo programa Hiperdia da USF de Ibes não contribuem para a melhora da qualidade de vida destes pacientes. Diante disso, torna-se necessário um acompanhamento nutricional mais rigoroso realizado pelo nutricionista, investigando os fatores de risco para as comorbidades apresentadas, visando ao controle de peso, para garantir melhor qualidade de vida a essa população, por meio de adoção de hábitos saudáveis, incluindo os

hábitos alimentares, incentivando o consumo diário de frutas, verduras, legumes e alimentos ricos em fibras (cereais integrais) e redução dos alimentos ricos em gorduras, sal e açúcar, associada à prática de atividade física regular com orientação profissional e realização do tratamento medicamentoso adequado.

Agracecimentos

Os autores agradecem à Coordenação Pet Saúde – Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Ministério da Saúde, pelo auxílio financeiro por meio de bolsa (25000.009846/2010-16). Agradecem igualmente à Universidade de Vila Velha e à Prefeitura Municipal de Vila Velha-ES, pelo fornecimento de infraestrutura para a realização deste estudo. E a Nathielly de Oliveira Lorenzon, nossos agradecimentos pela colaboração na coleta de dados.

Referências

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comum Saúde e Educação*, v.9, n.16-18, p.39-52, 2006.

ARAÚJO, A.E.S. et al. Perfil alimentar e nutricional de pacientes obesos atendidos em postos de saúde e suas comorbidades associadas. *Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e extensão*. Patos de Minas, n.7, v.2, p.1-13, 2010.

BARBOSA, J.H.P.; OLIVEIRA, S.L.; SEARA, L.T. Produtos da glicação avançada e as

complicações crônicas do diabetes. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.22, n.1, p.113-124, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Hiperdia: Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos*. Brasília: MS, 2006.

_____. *Vigilância Alimentar e Nutricional*. Orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dado e a informal em Brasília: MS, 2004.

BRITO, K.M.; BUZO, R.A.C.; SALADO, G.A. Estilo de vida e hábitos alimentares de pacientes diabéticos. *Revista Saúde e Pesquisa*, v.2, n.3, p.357-362, set./dez. 2009.

CENTER of DISEASE CONTROL and PREVENTION. *Software: Epi Info Version 3.5.2*. The Division of Surveillance and Epidemiology. Epidemiology.

COTTA, R.M.M. et al. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. *Revista de Nutrição, Campinas*, v. 22, n. 6, p.823-835, 2009.

FERREIRA, C.L.R.A.; FERREIRA, M.G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticas da rede pública de saúde – análise a partir do sistema Hiperdia. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*. Rio de Janeiro, v.35, n.1, p.80-86, 2009.

GERALDO, J.M. et al. Intervenção nutricional sobre medidas antropométricas e glicemia de jejum de pacientes diabéticos. *Revista de Nutrição, Campinas*, v.21, n.3, p.329-340, 2008.

HENO, F.L. Hipertensão e inflamação: papel da obesidade. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v.14, n.4, p.239-244, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisas sobre padrões de vida*. 1988-1999. Rio de Janeiro: IBGE, 1989.

LIPSCHITZ, D.A. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care*, v. 21, n 1, p. 55-67, 1994.

LYRA, R.; OLIVEIRA, M.; CAVALCANTI, N. Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo*, v.50, n.2, p.239-49, 2006.

MACHADO, P.A.N.; SICHIERI, R. Relação cintura-quadril e fatores de dieta em adultos. *Revista Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.36, n.2, p.198-204, 2002.

MCLELLAN, K.C.P. et al. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. *Revista de Nutrição, Campinas*, v.20, n.5, p.515-524, 2007.

MIRANZI, S.S.C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão

acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.17, n.4, p. 672-679, 2008.

MOTTA, D.G.; BOOG, M.C.F. Fundamentos do comportamento alimentar. In: _____. *Educação Nutricional*. 3. ed. São Paulo: Ibrasa. 1991. Capítulo 3, p.34-54.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Doenças crônicas degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação, atividade física e saúde*. Brasília: OPAS; 2003.

PAIVA, D.C.P.; BERSUSA, A.A.S.; ESCUDER, M.M.L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.377-385, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.95, n. 1, p.1-51, 2010.

_____. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Revista Brasileira de Cardiologia*, v.84, p.8-24, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Consenso Brasileiro sobre Diabetes 2002*. Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito tipo 2. São Paulo; 2003.

STAMBER, J. et al. Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and noncardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-ages men and women. *Journal of American Medical Associations*, v.282, n.21, p.2012-2018, 1999.

TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.4, p.885-895, 2004.

WAITZBERG, D.L. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica*. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Report WHO Consultation. Geneva: WHO; 2003. WHO technical Report Series, 916.

ZAITUNE, M.P.A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.285-94, 200.