
Comportamento da pressão arterial na dieta hipossódica no idoso

Behavior of blood pressure in the low sodium diet in the elderly

Natália Fernanda Barbosa¹, Raquel Machado Cavalcá Coutinho¹, Ana Carolina Lopes Ottoni Gothardo²

¹Curso de Enfermagem da Universidade Paulista, Campinas-SP, Brasil; ²Colégio Técnico de Campinas, COTUCA/Unicamp, Campinas-SP, Brasil.

Resumo

Objetivo – Avaliar o comportamento da pressão arterial na dieta hipossódica e identificar a quantidade de sódio consumida pela população estudada. **Métodos** – Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, quantitativo, realizada em uma Unidade Básica do Distrito de Saúde do município de Campinas. A pesquisa foi aprovada em 2019 pelo CEP sob o parecer 3.683.326 e pela Secretaria Municipal de Saúde. Após os critérios adotados, a coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2019 e fevereiro de 2020 foi destinada ao preenchimento do questionário, aferição da pressão arterial (PA) e educação dos novos hábitos alimentares; a segunda fase se deu após 60 dias, com aferição da PA, acompanhamento do uso do sal realizado pela aplicação do instrumento e identificação na aderência aos novos hábitos, comparando os valores da PA. **Resultados** – Participaram 9 idosas, que responderam a um questionário baseado nos hábitos alimentares dos indivíduos. Após ação educacional e controle da pressão arterial identificou-se uma redução de 11% no consumo de sal, sendo 78% consumindo até 5 gramas de sal por pessoa/dia e 22% consumindo até 10 gramas de sal por pessoa/dia. Relacionado à pressão arterial identificamos redução de 6,67mmHg da PA sistólica e 2,23mmHg da PA diastólica. **Conclusão** – Conclui-se que uma intervenção educacional proporcionou redução na ingestão de sal para a população e promoveu melhora nos valores da pressão arterial.

Descritores: Hipertensão; Pressão sanguínea; Expectativa de vida; Idosos; Saúde pública; Enfermagem

Abstract

Objective – To evaluate the behavior of blood pressure in the low sodium diet and to identify the amount of sodium consumed by the studied population. **Methods** – This is an exploratory, quantitative research, carried out in a Basic Unit of the Health District of a municipality in Campinas. The research was approved in 2019 by the CEP under the opinion 3.683.326 and by the Municipal Health Department. After the adopted criteria, the data collection took place between December 2019 and February 2020 and was destined to fill in the questionnaire, blood pressure measurement (BP) and education about new eating habits; the second phase took place after 60 days, with BP measurement, monitoring of the use of salt performed by the application of the instrument and identification of adherence to new habits, comparing the BP values. **Results** – 9 elderly women participated, who answered a questionnaire based on the individuals' eating habits. After educational action and blood pressure control, a 11% reduction in salt consumption was identified, with 78% consuming up to 5 grams of salt per person / day and 22% consuming up to 10 grams of salt per person / day. Related to blood pressure, we identified a reduction of 6.67mmHg in systolic BP and 2.23mmHg in diastolic BP. **Conclusion** – It is concluded that an educational intervention provided a reduction in salt intake for the population and promoted an improvement in blood pressure values.

Descriptors: Hypertension; Blood pressure; Life expectancy; Seniors; Public health; Nursing

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição multifatorial clínica caracterizada pelo estreitamento ou o enrijecimento das artérias, o que causa dificuldade para a passagem do sangue e assim a elevação da pressão nas paredes das artérias. Considera-se um caso de HAS o indivíduo que tem a pressão arterial (PA) consistentemente igual ou superior a 140X90 mmHg¹.

A HAS é uma patologia crônica, frequentemente classificada em dois níveis: primário e secundário. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), 90% dos casos são de hipertensão arterial primária, no qual a maioria dos casos não apresenta uma causa aparente, podendo ser associada a fatores genéticos ou de estilo de vida. Os outros 10% dos casos são secundários, e têm origens muito bem estabelecidas, e quando devidamente diagnosticada, com a remoção do agente etiológico é possível controlar ou curar a hipertensão arterial sistêmica².

O coração bombeia o sangue para os diversos sistemas do organismo através das artérias. Quando o sangue é bombeado acaba exercendo uma pressão nas

paredes das artérias, chamada de Pressão Arterial (PA). A PA é expressa em dois níveis: sistólico (pressão ventricular esquerda máxima) e diastólico (relaxamento do ventrículo esquerdo)³.

A HAS decorrente da idade ocorre devido alterações estruturais no sistema vascular. Com o envelhecimento ocorrem mudanças fisiológicas nos grandes vasos, que se tornam menos complacentes e mais rígidos, assim elevando gradativamente o aumento da PA³.

A HAS apresenta-se crescente nos últimos anos, devido às mudanças de hábitos e comportamento. Atualmente, segundo a SBH, 17 milhões de brasileiros são hipertensos. Esse aumento da PA é responsável por 25 a 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais⁴.

A prevalência da HAS pode variar de país para país, de acordo com sua população e suas diferenças culturais e socioeconômicas. No Brasil, segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia 2015, a HAS atinge 36 milhões (32,5%) de indivíduos adultos e 60% dos idosos. Estudos da Pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito

Telefônico (VIGITEL), 2006 a 2014, indicam que a prevalência de HAS entre indivíduos com 18 anos ou mais, residentes nas capitais, variou de 23% a 25%. Entre adultos 889 estimam-se que 18% das mortes (9,4 milhões) foram atribuídas a HAS em 2010, no mundo todo. Estima-se também que 4 em cada 10 adultos com mais de 25 anos de idade tem HAS, e em muitos países 1 em cada 5 pessoas tem pré hipertensão. Ainda na mesma pesquisa, foi divulgado que As Nações Unidas concordaram com o objetivo de reduzir a HAS em 25% e o sódio na dieta em 30% até 2025⁶.

Dados da Associação Americana do Coração (AHA), divulgou no 23º Congresso Brasileiro de Hipertensão, 2015, que entre 2001 e 2011 a taxa de morte por HAS subiu para 13,2% em mais de 190 países, incluindo o Brasil. Também foi divulgado no congresso que entre 100.000 casos apurados em 10 países, o Brasil ocupa o sexto lugar (com 522 casos entre os 100.000 pesquisados) entre os países com maior taxa de HAS do mundo. Em primeiro lugar esta a Rússia, com 1.639 casos; Ucrânia em segundo, com 1.521 casos; Romênia em terceiro, com 969; Brasil em sexto, com 522; e Estados Unidos em décimo, com 352 casos. Sabe-se que atualmente a HAS é responsável por 10% do custo global com saúde, com gasto estimado de U\$370 bilhões de dólares por ano⁷.

A primeira e principal escolha de tratamento para pacientes hipertensivos é o tratamento não medicamentoso, no qual o paciente tem a oportunidade de controlar e reduzir sua pressão arterial através de mudanças no estilo de vida⁸.

Algumas mudanças no estilo de vida podem ser impactantes e expressivas na pressão arterial, como: perda de peso, prática de atividade física, diminuição na ingestão de sódio e de álcool, cessação do tabagismo e redução do estresse⁹.

Para facilitar a adesão ao tratamento e as modificações, é importante que o médico esclareça os objetivos, que a família esteja presente e inclua como base para o tratamento, e a participação de uma equipe multidisciplinar para lidar com diferentes faixas estarias¹⁰.

A eficácia do tratamento da hipertensão arterial com medidas nutricionais depende da adoção de uma alimentação equilibrada e saudável. No estudo *Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly* (TONE), idosos com restrições de sódio ou para redução de peso tiveram maior probabilidade da suspensão da monoterapia em uso, após a adoção de uma dieta equilibrada¹⁰.

A dieta *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) merece destaque, pois não exige modificações radicais dos hábitos, é um tratamento simples, barato e eficaz. Nos ensaios clínicos nota-se a importância da dieta como um dos principais fatores para o controle da pressão arterial, principalmente pela redução da ingestão de álcool e de sódio, maior consumo de potássio e micronutrientes, no qual as dietas vegetarianas e com suplementos de óleo de peixe também são recomendadas¹⁰.

A dieta DASH não exige muitas restrições alimentares, seu objetivo é diminuir os níveis da pressão arterial dos hipertensos com um plano voltado à alimentação saudável. Deve-se aumentar o consumo de legumes, vegetais, frutas, cereais integrais, carnes magras e produtos lácteos com teor de gordura reduzido. Deve-se evitar ao máximo produtos industrializados que contêm conservantes, excesso de sódio e açúcares¹⁰.

A prática do exercício físico colabora na proteção contra o desenvolvimento da hipertensão arterial. Os exercícios devem ser individualizados e fracionados ao longo do dia. Inicialmente deve ser realizado com tarefas fáceis e de curta duração e ir aumentando gradativamente o tempo a intensidade dos exercícios¹⁰.

A cessação do tabagismo também é de extrema importância em pacientes hipertensos, já que o uso do tabaco aumenta o risco de possibilidade de 25 doenças, incluindo a Doença Venosa Crônica (DVC)¹¹.

Esta abordagem abrange mais do que introduzir mudanças de estilo de vida, mas também tem o objetivo de buscar vencer o desafio de garantir a adesão e a continuidade dessas ações ao longo do tempo, tornando-se benéficas e eficazes. Além de promover a saúde, controlam os níveis de pressão arterial e fatores de riscos cardiovasculares presentes.

A HAS é uma patologia que não tem cura, mas que deve ser tratada para evitar complicações. O tratamento medicamentoso imediato é uma via secundária, dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) dizem que os pacientes hipertensos devem ter a oportunidade de reduzir e controlar sua pressão arterial através do tratamento não farmacológico. No caso de pacientes com níveis de pressão acima de 180/110 mmHg há a imediata necessidade do uso de medicamentos anti-hipertensivos⁸. Diante do exposto, o estudo buscou avaliar o comportamento da pressão arterial na dieta hipossódica e identificar a quantidade de sódio consumida pela população estudada, visando dessa forma demonstrar a importância das medidas de controle da HAS e a possibilidade da melhora da qualidade de vida dos idosos, além de prevenir doenças associadas.

Métodos

A pesquisa foi constituída de um estudo exploratório perspectivo, descritivo que avaliou o comportamento da pressão arterial na dieta hipossódica no idoso.

A população deste estudo foi composta por 9 participantes, maiores de 60 anos, de ambos os sexos, participantes com diagnóstico de HAS em uso ou não de medicamento de um grupo de Lian Gong em uma Unidade Básica do Distrito de Saúde Norte de uma cidade do interior do estado de São Paulo.

A amostra foi selecionada aleatoriamente após as visitas à Unidade de Saúde. Foram incluídas no estudo: hipertensos participantes do grupo de Lian Gong, com condições físicas e emocionais para responder aos questionamentos propostos e que aceitarem a participar da pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram descontinuados do

estudo qualquer participante em desistir da pesquisa, em qualquer etapa do processo.

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, esta foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Paulista (UNIP) sob o parecer de número 3.683.328 que foi reconhecida pelo Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos (CONEP), sendo apresentado por meio de seu envio e de carta de encaminhamento ao Comitê juntamente com a folha padronizada para tal, bem como para o Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS) da prefeitura do município em questão. Para o desenvolvimento do estudo, foram seguidas as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde – Resolução 466/12, sob número do CAAE 20237419.1.0000.5512.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista e do CETS, o pesquisador compareceu no serviço no período da manhã, em dias previamente agendados para coleta dos dados. Foi aplicado um questionário semi estruturada com 22 perguntas, baseado nos hábitos alimentares dos indivíduos. Este instrumento foi adaptado e validado por Kelli Destri, do questionário do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Foram realizados dois encontros acompanhados por um nutricionista, (todos as terça-feira), ao decorrer de 2 meses. Todos os encontros foram realizados a partir das 08:00, na unidade de saúde

O primeiro encontro foi designado para a entrevista, aferição da PA e para ação educacional dos novos hábitos alimentares; o segundo encontro aconteceu após 60 dias para aferição da PA, acompanhamento do uso do sal, mediante a comparação dos dados coletados no primeiro encontro e aplicação do questionário do bloco.

Neste segundo momento foi considerando a resposta da mudança de hábito alimentar, esclarecimento de possíveis dúvidas, aferição da pressão arterial e aderência aos novos hábitos relacionando aos valores da PA.

A medida da pressão arterial foi realizada com esfigmomanômetro aneróide e estetoscópio, por meio do método auscultatório em dois tempos e com o paciente sentado, segundo as VII Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão, nos dois braços, considerando o braço de maior valor. A coleta de dados foi realizada durante o mês de Dezembro de 2019 e Fevereiro de 2020.

Para possibilitar a exploração do tema, o estudo contou com a aplicação de um instrumento com perguntas semi estruturadas envolvendo aspectos da saúde do indivíduo e estilo de vida, bem como questões norteadoras com vistas à descrição dos hábitos alimentares e condições socioeconômicas.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário semi estruturado, criado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e adaptado por Kelli Destri, na dissertação de mestrado profissional “Marcadores de consumo alimentar de indivíduos hipertensos e diabéticos cadastrados no SIAB - Nova Boa Vista-RS”¹²⁻¹³, que contém as variáveis descritas anteriormente, foi abordando dados da saúde dos indivíduos hipertensos e questões norteadoras sobre o tema da pesquisa.

Os dados coletados foram armazenados no software Microsoft Office Excel® onde foram analisadas com método estatístico descritivo e elaborados gráficos e tabelas.

Resultados

Após um pouco mais de 9 semanas de estudo, pode-se observar no gráfico 1 e 2 a redução na média das pressões sistólicas e diastólicas, além dos registros da

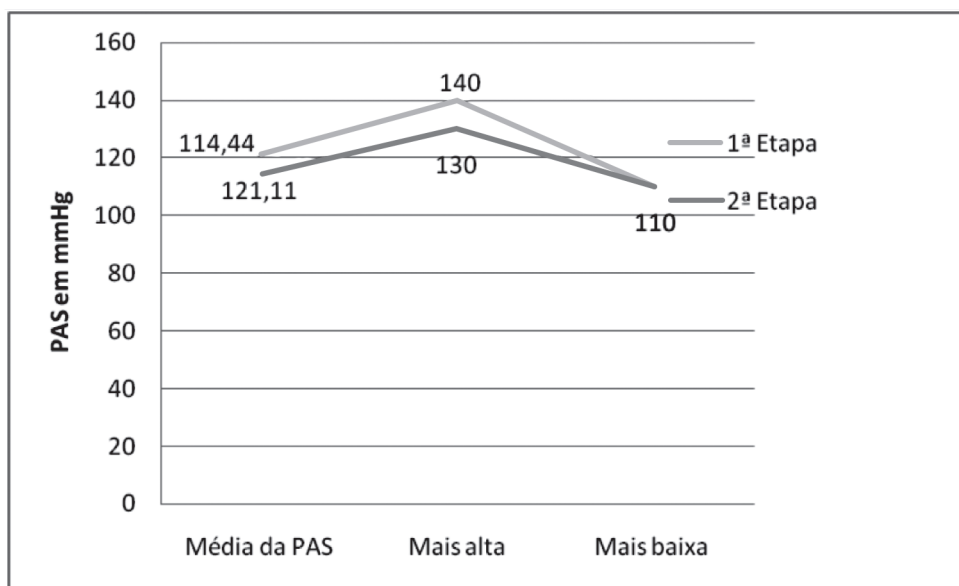


Gráfico 1. Distribuição (mmHg) das diferenças dos valores da Pressão Arterial Sistólica (PAS) entre a 1ª e a 2ª etapa. Campinas, 2020

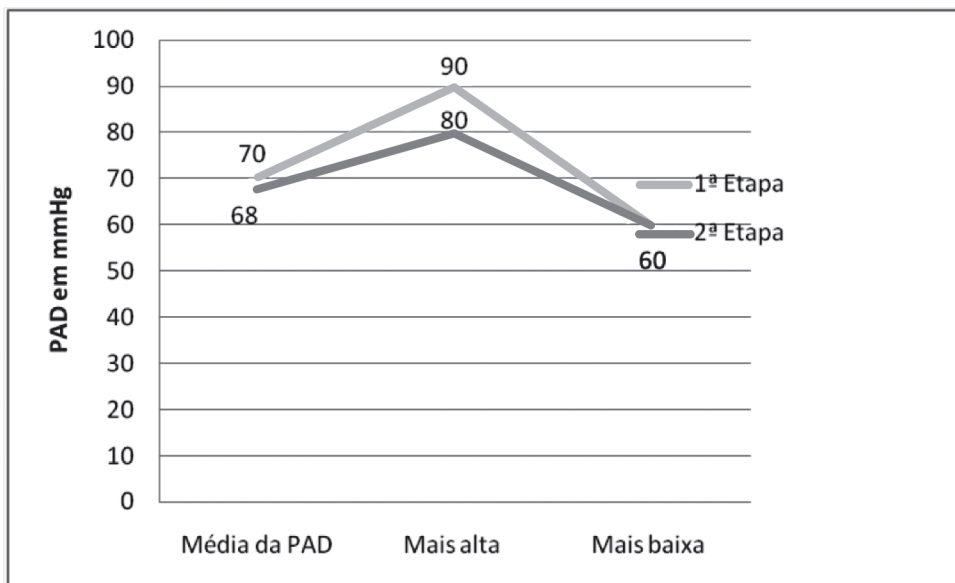


Gráfico 2. Distribuição (mmHg) das diferenças dos valores da Pressão Arterial Diastólica (PAD) entre a 1ª e a 2ª etapa. Campinas, 2020

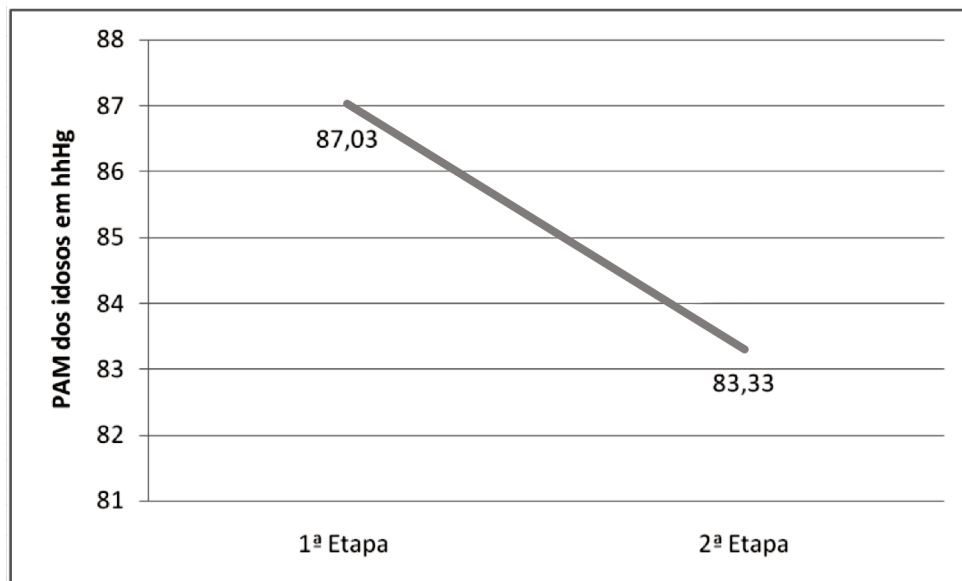


Gráfico 3. Distribuição (mmHg) das diferenças na Pressão Arterial Média (PAM) entre a 1ª e 2ª etapa. Campinas, 2020

PAS e PAD mais alta e mais baixa entre a 1ª e a 2ª etapa. A redução da média da PAS registrada no gráfico 1 foi de 6,67 mmHg e a redução da PAD registrada no gráfico 2 foi de 2 mmHg. Já no gráfico 3 observa-se a redução de 3,7 mmHg na PAM dos idosos entre a 1ª e 2ª etapa do estudo.

Portanto, foi possível intervir nos valores da PA dos idosos, priorizando medidas simples e baratas, como uma alimentação equilibrada e dieta hipossódica, assim alcançando redução dos valores da PAS e da PAD.

O estudo foi realizado com 9 idosas portadoras de HAS, abaixo segue a Tabela 1 sobre o perfil socioeco-

nômico da população estudada, na qual apresenta majoritariamente o sexo feminino (n=9). Observa-se que a maioria das idosas 44% (n=4) apresenta idade entre 71 e 80 anos, seguido por 33% (n=3) entre 60 e 65 anos e 22% (n=2) entre 66 e 70 anos.

Sobre a situação conjugal das participantes, 44% (n=4) são casadas, 44% (n=4) são viúvas, 11% (n=1) são viúvas e nenhuma divorciada. Por sua vez, 33% (n=3) não completaram o ensino fundamental, 22% (n=2) completaram o ensino fundamental, 11% (n=1) completou o ensino médio e 11% (n=1) completou o ensino superior.

Tabela 1. Distribuição (Nº E %) do perfil socioeconômico da população estudada. Campinas, 2020

Características socioeconômicas		Nº	%
Idade	60-65 anos	3	33
	66-70 anos	2	22
	71-80 anos	4	44
Sexo	Feminino	9	100
	Masculino	0	0
Situação Conjugal	Casada(o)	4	44
	Solteira(o)	1	11
	Divorciada(o)	0	0
	Viúva(o)	4	44
Nível de escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	3	33
	Ensino Fundamental Completo	2	22
	Ensino médio	1	11
	Ensino superior	1	11

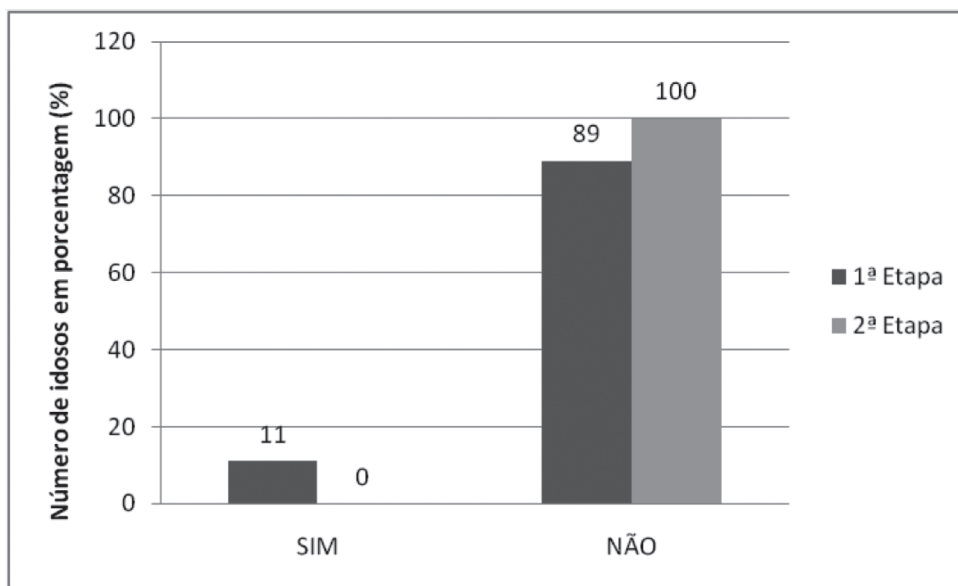


Gráfico 4. Distribuição (%) do acréscimo de sal no alimento pronto. Campinas, 2020

Observa-se no gráfico 4 uma redução unânime no acréscimo de sal no alimento já preparado. Na 1ª etapa 11% utilizam sal nos alimentos já preparados e 89% não acrescentavam sal nos alimentos pronto. Já na 2ª etapa 100% dos idosos passaram não acrescentar sal nos alimentos já preparados.

Através do gráfico 5 analisa-se uma redução na quantidade de sal utilizada por dia no preparo das refeições. Na 1ª etapa 67% utilizavam 1 colher de café de sal (cerca de 5 g) para preparar as refeições, 11% utilizavam 2 colheres de café de sal (cerca de 10 g) e 22% utilizavam 3 colheres de café de sal (cerca de 15 g).

Já na 2ª etapa 78% utilizavam 1 colher de café de sal para preparar as refeições diárias e 22% utilizavam 2 colheres de café de sal. Observa-se uma redução de 11% no consumo de sal da 1ª para a 2ª etapa, uma diminuição pequena, porém significativa.

Através da tabela 2 observa-se que o consumo de alimentos saudáveis teve melhor adesão na quantidade de dias, destaca-se o consumo de frutas, durante 7 dias, que houve um aumento de 22% para 67%, na segunda fase, e o consumo do leite e iogurte, durante 7 dias, que aumentou de 44% para 56%, na segunda fase.

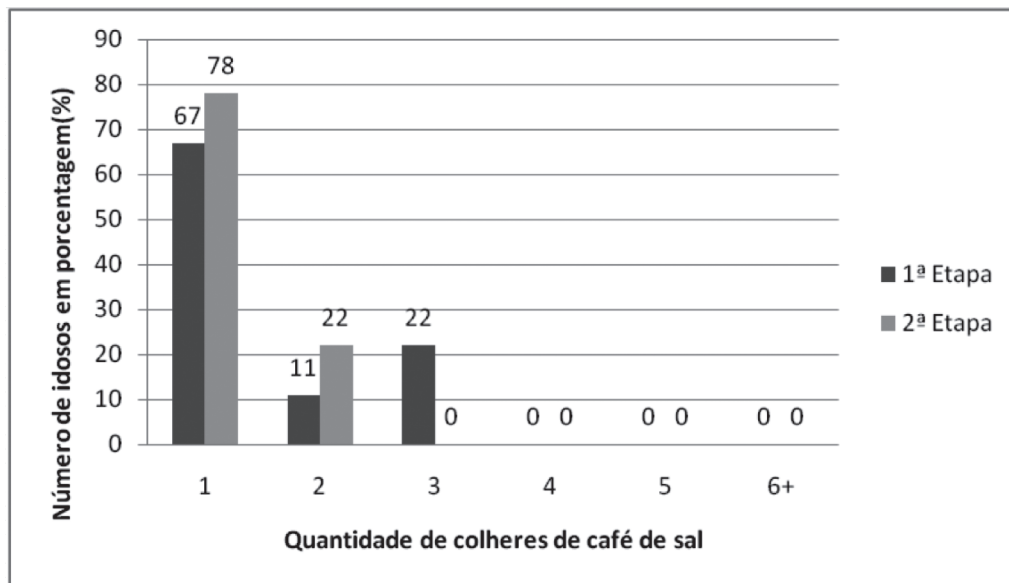


Gráfico 5. Distribuição (%) da quantidade de colheres de café de sal utilizadas por dia para a preparação das refeições. Campinas, 2020

No entanto, o consumo de produtos industrializados não houve melhora significativa, na redução do consumo. Em especial no quesito hambúrguer e embutidos que aumentou o consumo, de 1 a 3 dias, de 11% para 44% na segunda fase e Biscoitos recheados, chocolates e doces com leve aumento no consumo de 22% para 34%, na segunda fase.

Discussão

A HAS é uma patologia crônica e multifatorial. O coração bombeia o sangue para todo o corpo através do sistema vascular. O sangue bombeado exerce uma pressão nas paredes das artérias, e podem ser expressas em dois níveis: pressão arterial sistólica (PAS) (pressão ventricular esquerda máxima) e pressão arterial diastólica (PAD) (relaxamento do ventrículo esquerdo)^{1,3}.

Sabe-se que a dieta hipossódica pode diminuir os valores da PA, como mostra os resultados da pesquisa em que a redução da PAM das idosas foi de 3,7 mmHg entre a 1ª e a 2ª etapa, além de melhorar a respostas das terapias anti-hipertensivas e diminuir o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Estudos de Bombig et al. mostram que a dieta hipossódica é uma das principais intervenções não farmacológica para o tratamento da HAS, pois com a redução da ingestão de sal diária é possível obter a diminuição de 2 a 8 mmHg no valor da PA. O Departamento de Hipertensão Arterial (DHA) mostra em suas diretrizes que para obter o efeito hipotensor da dieta hipossódica é necessário um intervalo de pelo menos 8 semanas¹⁴.

Sabe-se que as condições socioeconômicas influenciam a qualidade de vida das pessoas. A HAS é uma doença crônica e de grande impacto na vida dos idosos hipertensos, assim reconhecer o perfil socioeconômico

desta população auxilia nas ações educativas e a traçar melhores e mais eficientes estratégias para diminuir possíveis efeitos negativos relacionados às condições socioeconômicas.

A longevidade populacional é uma realidade mundial, assim como mostrado na Tabela 1, 44% dos idosos estudados têm entre 71 e 80 anos. A principal doença crônica que atinge os idosos é a HAS, com o envelhecimento ocorrem mudanças nas estruturas no sistema vascular, que se torna mais enrijecido e estreito, assim elevando gradativamente a PA3. Estudos epidemiológicos realizados com idosos em Campina Grande mostraram que de 808 idosos entrevistados, a prevalência de HAS entre eles foi de 75,6%¹⁵.

É possível observar através da Tabela 2 a unanimidade do sexo feminino na população estudada. Para justificar tal fato, estudos do VIGITEL demonstraram que o diagnóstico de HAS é maior entre as mulheres⁵, além disso, o trabalho de Levorato et al.¹⁶ mostrou que as mulheres buscam os serviços de saúde 1,9 vezes mais em relação aos homens.

Estudos realizados por Sprangers et al.¹⁷ feitos com portadores de doenças crônicas, incluindo a HAS em idosos, mostram que o baixo nível de escolaridade está relacionado a baixa qualidade de vida.

Os baixos níveis de escolaridade podem comprometer o entendimento das orientações realizadas pelos profissionais da saúde para o tratamento da HAS, assim como sua continuidade. No estudo, 33%, maioria das idosas, não cursaram o ensino fundamental completo, o que é um dado preocupante para o sucesso do tratamento. O acesso e o entendimento adequados às ações de saúde são cruciais para possibilitar a adoção de hábitos saudáveis e a melhora na qualidade de vida.

Tabela 2. Distribuição da Frequência absoluta de dias e percentual (%) quanto ao consumo de alimentos na primeira e segunda etapa. Campinas, 2020

Primeira Etapa				
	Número dias			
	1 a 3 dias	4 a 6 dias	7 dias	Nenhum dia
Total de participantes: 09 Participantes				
Consumo de Alimentos:				
Salada Crua	44%	22%	34%	---
Legumes e Verduras cozidas	44%	56%	---	---
Frutas	33%	22%	22%	23%
Feijão	44%	22%	11%	23%
Leite e iogurte	33%	---	44%	23%
Hamburguer e Embutidos	11%	11%	---	68%
Batata e Salgados fritos	33%	---	---	67%
Biscoito e salgados de pacote	44%	---	---	56%
Biscoitos Rech, chocolate e doce	22%	---	11%	67%
Refrigerante	33%	---	11%	56%

Segunda Etapa				
	Número dias			
	1 a 3 dias	4 a 6 dias	7 dias	Nenhum dia
Total de participantes: 09 Participantes				
Consumo de Alimentos:				
Salada Crua	34%	33%	33%	---
Legumes e Verduras cozidas	22%	44%	33%	---
Frutas	---	33%	67%	---
Feijão	22%	34%	22%	22%
Leite e iogurte	11%	11%	56%	22%
Hamburguer e Embutidos	44%	11%	---	45%
Batata e Salgados fritos	33%	---	---	67%
Biscoito e salgados de pacote	34%	11%	11%	44%
Biscoitos Rech, chocolate e doce	34%	22%	---	44%
Refrigerante	22%	---	11%	67%

O Gráfico 5 mostra a situação conjugal dos idosos, nos quais a maioria são casadas 44% (n=44) e viúvas 44% (n=44%). Estudos de Andrade et al.¹⁸ mostraram que idosos com cônjuges demonstram melhores níveis de qualidade de vida, apresentando maior pontuação nos domínios de "capacidade funcional", "aspectos físicos", "estado geral de saúde", "vitalidade", "aspectos sociais" e "saúde mental". No entanto, Andrade et al.¹⁸ traz a afirmação que outros estudos mostram que viver sozinho não é necessariamente o mesmo que sentir solidão e pode não estar associado a baixa qualidade de vida.

Por isso, o papel da equipe multiprofissional nas intervenções educativas em saúde entre os idosos é tão crucial. Sabe-se que ter a família por perto facilita a adesão aos novos hábitos de saúde propostos e serve

como base para dar seguimento ao tratamento. Quando não é possível ter a família presente dessa forma, os profissionais devem trabalhar de forma holística a incentivar e sanar todas as dúvidas dos idosos frente às ações propostas.

Sabe-se que há uma forte correlação entre a ingestão excessiva de sal e a elevação progressiva da pressão arterial, principalmente no envelhecimento. Assim, a dieta hipossódica é crucial não apenas para os portadores da HAS, mas também para a população de modo geral.

Observa-se uma redução de 11% no consumo de sal da 1ª para a 2ª etapa do estudo, uma diminuição pequena, porém significativa já que a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial mostra que ao reduzir cerca de 5 g/dia no consumo de sal é possível obter-se uma redução da PA de 2 a 8 mmHg¹⁹.

Além da redução nos valores da PA, o DHA mostra os benefícios da dieta hipossódica na redução da mortalidade por acidente vascular encefálico, na regressão da hipertrofia ventricular esquerda e na redução da excreção urinária de cálcio, contribuindo para a prevenção da osteoporose²⁰.

Estudos de Cotta et al. mostram que a alimentação saudável é um importante destaque para o controle da HAS²¹. Já no estudo TONE¹⁰ observa-se que os idosos com dietas equilibradas e hipossódicas tiveram maior probabilidade da suspensão da monoterapia medicamentosa.

O incentivo para a prática dos hábitos alimentares saudáveis é imprescindível para a redução e o controle da PA. No entanto, há uma resistência na modificação completa, muitas vezes por esses hábitos já estarem fixados na vida desses idosos. Por isso, é de suma importância o trabalho da equipe multidisciplinar na atenção básica, para poder fornecer acompanhamento freqüente e próximo desses idosos.

Conclusão

Os resultados do estudo possibilitaram visualizar positivamente a intervenção nos fatores modificáveis, destacando-se a importância da adesão de hábitos alimentares saudáveis para o controle e a redução da PA nos idosos.

As mudanças alimentares e a dieta hipossódica são cruciais para o tratamento da HAS e para possibilitar a redução nos valores da PA, além de auxiliar no controle, na possibilidade do uso da monoterapia e na diminuição dos riscos do desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

O presente estudo, apesar da limitação do número de indivíduos participantes, mostrou que é possível obter-se um efeito hipotensor da dieta hipossódica e da diminuição do consumo diário de sal, no qual apontou uma redução de 3,7 mmHg no valor da PAM e 11% no consumo de sal, sendo 78% consumindo até 5 gramas de sal por pessoa/dia e 22% consumindo até 10 gramas de sal por pessoa/dia, em um intervalo de 60 dias.

Agradecimentos

Agradeço a Deus por me conceder sabedoria e por sempre guiar meus caminhos. Aos meus pais por sempre me apoiarem e não poupar esforços para me dar as melhores oportunidades. A toda minha família, por acreditarem e torcerem por mim. Aos meus amigos e pessoas tão especiais que fazem parte dessa jornada toda, desde a adolescência até aquelas que a faculdade me presenteou, agradeço por toda paciência, apoio e carinho.

Agradeço especialmente a Prof^ª Dr^ª Ana Carolina L. O. Gothardo, sem você nada disso seria possível! Obrigada por me mostrar sempre todos os caminhos, me ensinar, orientar e abrir portas. Obrigada por acreditar em mim desde o início, quando tudo era apenas uma ideia. Sempre vou ser grata a você.

Agradeço também à Prof^ª Dr^ª Raquel M.C.C, pelo incentivo, orientação, inspiração e por acreditar em mim!

Agradeço ao pessoal do GEPPA que me receberam de braços abertos, me ajudaram, orientaram e me motivaram a trilhar meus objetivos profissionais.

Por fim, e não menos importante, agradeço à Universidade Paulista – UNIP e aos meus queridos professores que ao longo da minha formação acadêmica sempre foram exemplares, dedicados e por me incentivarem a buscar cada vez mais conhecimento.

Referências

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Braz J Hypertens. [internet]. 2016 [acesso 7 dez 2018]; 24(1):1-6. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_hipertensaoarterial.pdf.
2. Carretero OA, Oparil S. Essencial hypertension. Part I: definition and etiology. Circulation. 2000;101:329-35. doi: 10.1161/01.CIR.101.329.
3. Miranda RDS. Hipertensão arterial: fisiopatologia do envelhecimento arterial. In: Borges, JL, editor. Manual de cardiogeriatrics. São Paulo: Criação; 2012. p.186-202.
4. Passos, VMZ. Hipertensão Arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epidemiol Serv Saúde. 2006 [acesso 7 dez. 2018]; 15(1): 35 – 45. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Braz J Hypertens. 2016 [acesso 7 dez 2018]; 24(1): 1-2. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_hipertensaoarterial.pdf
6. Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Dia mundial da hipertensão. Brasil: OMS; 2016 [Acesso 7 dez 2018]; Disponível em: http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=330:dia-mundial-da-hipertensao-2016&Itemid=183&lang=pt
7. Granda A. Mortes por hipertensão no mundo sobem 13,2% entre 2001 e 2011. Rio de janeiro: Agência Brasil EBC; 2015 (Acesso 8 dez. 2018). Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-08/morte-por-hipertensao-sobe-132-entre-2001-e-2011-no-mundo-inclusive-no-brasil>
8. Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH). Como tratar a hipertensão. Brasil: sociedade Brasileira de Hipertensão [acesso 8 dez. 2018]. Disponível em: http://www.sbh.org.br/geral/como_tratar.asp
9. Miranda RDS. Hipertensão Arterial: Fisiopatologia do envelhecimento arterial. In: Borge JL, editor. Manual de cardiogeriatrics. São Paulo: Criação; 2012; p. 193-6.
10. Miranda RDS. Hipertensão Arterial: Fisiopatologia do envelhecimento arterial. In: Borge JL, editor. Manual de cardiogeriatrics. São Paulo: Criação; 2012; p. 191-3.
11. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Braz J Hypertens. 2016;24(1):35-43.
12. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Ficha de cadastro e acompanhamento nutricional do Sisvan [acesso 10 dez. 2018]. Disponível em: http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvanV2/public/file/ficha_marcadores_alimentar.pdf.
13. Destri Kelli. Marcadores de consumo alimentar de hipertensos e diabéticos do município de Nova Boa Vista-RS [dissertação de mestrado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2014.

14. Bombig MTN, Francisco YA, Machado CA. A importância do sal na origem da hipertensão. *Rev Bras Hipertens*. 2014;21(2):63-7 [acesso 29 jun. 2020]. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881408/rbh-v21n2_63-67.pdf.
15. Menezes TN, Oliveira ECT, Fisher MATS, Esteves GH. Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos: um estudo populacional. *Rev Port Saúde Pública*. 2016; 34(2):117-24.
16. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc & Saúde Coletiva* [online]. 2014;19(4): 1263-74.
17. Sprangers MA. Which chronic conditions are associated with better or worse quality of life? *J Clin Epidemiol*. 2000; 53(9):895-907.
18. Andrade JMO, Rios LR, Teixeira LS, Vieira FS, Mendes DC, Vieira MA. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. *Ciênc. & Saúde Coletiva*. 2014; 19 (8). doi.org/10.1590/1413-81232014198.19952013.
19. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Braz J Hypertens*. 2016: 24(1). 38-9.
20. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de hipertensão arterial (DHA). Consenso e Diretrizes Cap. 4 [acesso 29 jun 2020]. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/tratamento.asp>
21. Cotta RMM, Reis RS, Batista KCS, Dias G, Alfenas RCG, Castro FAF. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. *Rev Nutr*. 2009;22(6):823-35.

Endereço para correspondência:

Natália Fernanda Barbosa
Rua 24 de maio, 439 – Vila Industrial
Campinas-SP, CEP 13035-370
Brasil

E-mail: nataliafbarbosa@gmail.com

Recebido em 14 de julho de 2020
Aceito em 10 de setembro de 2020

