

ACEITAÇÃO DA DIETA HIPOSSÓDICA POR PACIENTES HIPERTENSOS INTERNADOS EM UM HOSPITAL NO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO - SP

ACCEPTANCE OF HYPOSODIC DIET BY HYPERTENSIVE PATIENTS INTERNED IN A HOSPITAL IN THE CITY OF SÃO BERNARDO DO CAMPO - SP

Gina Roberta Borsetto dos Santos

RESUMO

O presente estudo objetiva analisar a aceitação da dieta hipossódica oferecida a pacientes hipertensos internados em um hospital privado no Município de São Bernardo do Campo-SP, a fim de identificar as refeições de maior e menor aceitação. Foi analisado de maneira observacional o retorno das bandejas de refeição oferecidas a 71 pacientes de ambos os sexos, sendo 38 (53,52%) do sexo masculino e 33 (46,48%) do sexo feminino, com faixa etária entre 28 e 95 anos, no período de abril a setembro de 2006. Em ambos o sexos, as refeições desjejum, lanche da tarde e ceia noturna foram melhor aceitas que o almoço e jantar, onde as restrições de sódio propostas pela dieta hipossódica são mais perceptivas ao paladar.

Palavras-chave: dieta hipossódica, aceitação da dieta, dieta hipertensão.

ABSTRACT

The present study analyzes the acceptance of the hyposodic diet offered to hypertensive patients interned in a private hospital in the city of São Bernardo do Campo, SP, in order to identify the meals with greater and minor acceptance. It was analyzed in observational method the return of the meal trays offered to 71 patients of both sexes, being 38 (53,52%) of masculine sex and 33 (46,48%) of feminine sex, with age between 28 and 95 years, in the period since April until September of the year 2006. In both sexes the breakfast meals, afternoon snack and supper were better accepted than lunch and dinner, where the sodium restrictions proposal by the hyposodic diet is more perceptible to taste.

Keywords: Hyposodic diet. Diet acceptance, hypertension diet.

I. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial pode ser definida como o aumento da pressão arterial sistólica, de 140mm Hg ou mais, e pressão arterial diastólica, de 90mm Hg ou mais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 1998; MARANHÃO & RAMIRES, 1988; KRUMMEL, 2002). É a doença mais freqüente na população brasileira. Se não for tratada e controlada, resultará em complicações graves, sendo a mais comum no Brasil a cerebrovascular aguda (LESSA, MENDONÇA & TEIXEIRA, 1996).

A hipertensão arterial constitui-se em uma das afecções mais comuns do mundo moderno e atinge, em média, de 15% a 20% da população adulta brasileira (CAMPOS & LEITE, 1990) com idade acima de 20 anos, e 50% da população idosa (OLIVEIRA, ARAÚJO, MELO *et al.*, 2002), sendo que, aproximadamente, 12 milhões de brasileiros são atingidos pela doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 1998; BRASIL, 1993a).

Diversos estudos mostram que existem vários fatores denominados como “de risco”, que influenciam o aparecimento ou o agravamento da hipertensão arterial. São eles: hereditariedade, idade, raça, sexo, obesidade e sobrepeso, ingestão elevada de sódio, álcool, uso de anticoncepcionais, fumo, estresse emocional, sedentarismo e dieta rica em gorduras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 1998; BRASIL, 1993b; NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 1997).

Basicamente, o tratamento da hipertensão arterial pode ser dividido em dois tipos: farmacológico e não-farmacológico. Antes de se optar pelo tratamento farmacológico, é interessante tentar controlar a pressão arterial através de medidas não-farmacológicas, evitando o uso de drogas anti-hipertensivas. Esta forma de tratamento comprovadamente reduz de maneira significativa e persistente a pressão arterial, ao mesmo tempo em que diminui o risco cardiovascular geral (REIS & COPLÉ, 1999).

Uma das medidas mais importantes para o tratamento da hipertensão arterial é a implementação de um plano alimentar hipossódico, sendo que o motivo da restrição de sódio está baseado no fato de que o volume de líquido retido pelo organismo relaciona-se à quantidade de sódio ingerida (LONGO & NAVARRO, 1998).

É saudável ingerir até 6g/dia de sal, correspondente a quatro colheres de café rasas de sal, sendo 4g de sal

de adição às preparações e 2g de sal presentes nos alimentos naturais, reduzindo o sal adicionado aos alimentos, de modo a evitar o saleiro à mesa e alimentos industrializados (BRASIL, 2005). A dieta habitual do brasileiro contém cerca de 10 a 12g/dia de sal (BRASIL, 2005; COSTA & SILVA, 2005). O estudo Intersalt (INTERSALT COOPERATIVE RESEARCH GROUP, 1988), indicou que o consumo de sal em território brasileiro é muito alto, colocando o Brasil entre os países de consumo mais elevado do mundo.

A dieta para uma pessoa portadora de hipertensão arterial deve conter cerca de 100mEq sódio/dia, o equivalente a 5,76g de sal, tendo como base a exclusão acima de alimentos processados, além do controle do sal de adição, ou seja, em termos práticos, 4g de sal de adição, que correspondem a cerca de 70mEq (sódio extrínseco), e o restante, aproximadamente 26 a 30mEq, deve ser proveniente do sódio intrínseco aos alimentos (KRUMMEL, 2002; COSTA & SILVA, 2005).

A falta de adesão ao tratamento constitui-se em um dos maiores problemas no controle da hipertensão arterial, o que ocorre em até 40% dos pacientes, por diversos motivos. Diminuir essa proporção constitui-se em um dos maiores desafios no tratamento do hipertenso (SIMONETTI, BATISTA & CARVALHO, 2002).

O presente estudo foi, então, desenvolvido num hospital privado, com o propósito de identificar a aceitação de cada uma das refeições oferecidas na dieta hipossódica, por pacientes hipertensos internados.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi descritiva quanto aos objetivos de campo e, com análise documental quanto ao objeto e método de abordagem indutivo, utilizou-se a técnica de documentação direta extensiva por meio do uso de formulário, sendo uma pesquisa de corte transversal, com dados primários.

Atendendo às exigências formais contidas na Resolução nº 196/96, sobre pesquisas que envolvem seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), o presente estudo foi avaliado e aprovado por um Comitê de Ética.

• Sujeito

Público de ambos os sexos, residentes na região do ABCD paulista (Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e Diadema), com faixa

etária entre 28 e 95 anos de idade, e média de 56,3 anos (INTERSALT COOPERATIVE RESEARCH GROUP, 1998; VEIGA, CARVALHO, ROBAZZI *et al.*, 1993), todos portadores de hipertensão arterial sistêmica, conforme informações obtidas nos prontuários dos pacientes.

• Amostra

Amostra de conveniência com 71 pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, internados em um hospital particular na cidade de São Bernardo do Campo - SP, sem outras doenças intercorrentes que interferiram na dieta oferecida (hipossódica), no período de 18/07/2005 a 18/01/2006.

• Coleta de dados

Foi realizada uma seleção, a fim de que fossem observados somente pacientes internados com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, sem outras doenças associadas que interferissem na dieta oferecida, com prescrição de dieta hipossódica ou para hipertensão, de consistência geral e não assistida, o que demonstra que o paciente apresentava condições dentárias, físicas e gastrointestinais de aceitar a dieta oferecida, e que possuía a capacidade de se alimentar sozinho, sem a necessidade do auxílio da equipe de enfermagem.

Foram coletados do prontuário os seguintes dados do paciente: nome, sexo, idade, a cidade em que o mesmo residia, diagnóstico e prescrição médica de dieta, a fim de se coletarem dados de um mesmo público-alvo e certificar-se da patologia do paciente.

Foi observado, ainda, de forma visual, o retorno das bandejas de refeições servidas aos pacientes, anotando, com base nas sobras de cada bandeja, a aceitação da dieta em cada uma das refeições (desjejum, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia), descrita na forma de porcentagem (0, 25, 50, 75 e 100% de aceitação). Para cada paciente, foi observada a aceitação da dieta de um único dia de internação.

A dieta hipossódica oferecida aos pacientes foi composta da seguinte maneira: no desjejum, por leite, café, açúcar, pão de leite, manteiga sem sal, geléia de frutas, biscoito água, biscoito tipo maizena e uma fruta; no almoço, por sopa, salada de verdura crua, arroz, feijão, carne bovina, que variava no modo de cocção entre cozida, grelhada, assada ou frita, com guarnição composta por legumes ou verduras refogados, sobremesa alternada entre gelatina e pudim de sabores variados e suco artificial; na merenda, os pacientes receberam vitamina de frutas e bolo industrializado, por-

cionado individualmente; o jantar apresentou a mesma composição do almoço, porém com a mistura à base de frango, a guarnição variando com outros legumes que não os servidos no mesmo dia, e a sobremesa foi fruta *in natura*; e, finalmente, a ceia foi composta por chá, torradas, geléia de frutas e manteiga sem sal. Toda a preparação do almoço e do jantar foi feita sem adição nenhuma de sal, e foi oferecido, junto à refeição, 1 sachê com 1g de sal; como tempero nas preparações, utilizaram-se alho, cebola, salsa e tomate *in natura*, orégano e cominho desidratados, óleo de soja e vinagre.

A dieta oferecida foi calculada com base na observação da montagem de cada bandeja de refeição, conforme quantidades porcionadas na mesma, de acordo com o *Manual de medidas caseiras* (PINHEIRO, LACERDA, BENZECRY *et al.*, 2000), e apresentou 1.624,43mg de sódio intrínseco aos alimentos, que, somados aos 2g de sal de adição do almoço e jantar, totalizou 2.399,59mg de sódio. Estes valores foram resultantes da média do cálculo do cardápio de uma semana de dieta hipossódica.

• Instrumentos

Foi utilizado o prontuário do paciente para seleção da amostra, sendo criado um formulário próprio para a coleta de dados, composto de nome (para evitar repetição de pacientes), sexo, cidade onde reside, idade e aceitação de cada uma das refeições servidas em porcentagem. Utilizou-se, ainda, a bandeja de refeição oferecida ao paciente, a partir da qual foi observada a aceitação da refeição. O *Manual de medidas caseiras* (PINHEIRO, LACERDA, BENZECRY *et al.*, 2000) foi utilizado para o cálculo da porção oferecida de cada alimento; além disso, fez-se uso de calculadora e do programa de computador Nutri EPM – Software da Escola Paulista de Medicina – Programa de Apoio à Nutrição – Versão 2.5a, DIS/Unifesp, para cálculo do valor de sódio oferecido na dieta do paciente.

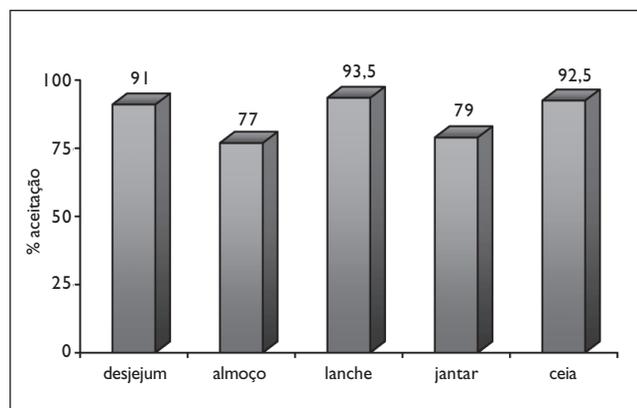
3. RESULTADOS

Foi avaliado o consumo de refeições servidas a 71 pacientes, dentre estes, 38 do sexo masculino (53,52%) e 33 do sexo feminino (46,48%), com idade entre 28 e 95 anos, como demonstrado na Tabela I.

Observou-se que a aceitação média das refeições foi de 91%, 77%, 93,5%, 79% e 92,5% para desjejum, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia, respectivamente, como mostra a Figura 1.

Tabela 1: Perfil dos pacientes hipertensos internados, quanto ao sexo e idade, no Hospital São Bernardo S/A, 2006

Idade	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
28 — 51	12	31,58	15	45,46
51 — 74	22	57,89	13	39,39
74 — 95	4	10,53	5	15,15
Total	38	100	33	100

**Figura 1:** Aceitação média (porcentagem) da dieta hipossódica oferecida nas diferentes refeições a pacientes hipertensos, internados no Hospital São Bernardo S/A, 2006

Analisando a aceitação individual de cada refeição de acordo com o sexo, observou-se que as refeições que apresentaram menor aceitação em ambos os sexos foram o almoço e o jantar, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2: Aceitação média (porcentagem) de cada uma das refeições oferecidas aos pacientes hipertensos, nos diferentes sexos, internados no Hospital São Bernardo S/A, 2006

Tipo de refeição	Sexo	
	Masculino	Feminino
Desjejum	93%	89%
Almoço	79%	75%
Lanche da tarde	95%	92%
Jantar	80%	78%
Ceia	93%	92%

Foi analisada, ainda, a aceitação de cada uma das dietas nas diversas faixas etárias, conforme mostra a Tabela 3.

4. DISCUSSÃO

O plano alimentar com baixo teor de sódio é mencionado como uma das medidas importantes ao tratamento da hipertensão arterial (LONGO & NAVARRO, 1998), porém sua aceitação nem sempre é

Tabela 3: Aceitação média (porcentagem) de cada uma das refeições da dieta hipossódica, por pacientes hipertensos, nas diferentes faixas etárias, internados no Hospital São Bernardo S/A, 2006

Faixa etária (anos)	Aceitação das refeições (%)				
	desjejum	almoço	lanche	jantar	ceia
28 — 51	87,50	74,33	91,54	78,07	92,72
51 — 74	84,59	77,83	93,34	79,67	92,36
74 — 97	91,25	80	87,50	77,50	96,87

adequada às necessidades do paciente, embora os portadores da doença tenham conhecimento sobre a importância de se controlarem os fatores de risco da hipertensão arterial (SIMONETTI, BATISTA & CARVALHO, 2002).

O resultado deste estudo, baseado em análises observacionais de aceitação de cada uma das refeições oferecidas, mostra que as refeições onde não se percebe intensamente a falta de sal, como é o caso do desjejum, do lanche da tarde e da ceia, são as de melhor aceitação, enquanto que o almoço e jantar apresentam menor aceitação. Ainda se verificou que os pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica do sexo feminino têm aceitação da dieta menor que pacientes do sexo masculino portadores da mesma doença, o mesmo observado no estudo realizado por Alderman, Cohen & Madhavan (1998), mostrando que o consumo de calorias e sódio foi significativamente maior para homens do que para mulheres.

Em todo o País, cresce a proporção do consumo de proteínas de fonte animal (cerca de 60%, em 1988, e de 63%, em 1996). Em trabalho realizado por Monteiro, Mondini & Costa, (2000), sobre a evolução do consumo alimentar nas áreas metropolitanas brasileiras entre as décadas de 1960 e 1980, foram constatadas duas tendências majoritárias: a expansão no consumo relativo de produtos de origem animal, sobretudo leite e derivados, mas também carnes e ovos. Outro estudo do mesmo autor observa que, entre os anos de 1988 e 1996, houve intensificação do consumo relativo de carnes em todas as áreas metropolitanas do País. O consumo relativo de leite e de seus derivados prosseguiu aumentando, mas em velocidade reduzida com relação aos períodos anteriores, enquanto o consumo de ovos passou a declinar, sobretudo no Centro-Sul do País.

O estudo realizado por Martins, Cavalcanti & Mazzilli (1977) retratou que calorias e proteínas foram consumidas em níveis acima de 100% de adequação

por 55 e 77% das famílias estudadas, respectivamente, chegando-se a consumir 40% a mais do que as necessidades diárias de proteínas. Um outro estudo, realizado por Mondini & Monteiro (1994), a respeito do aumento do consumo protéico, mostrou que a tendência brasileira de trocar proteínas vegetais por proteínas animais repete a situação verificada, em décadas passadas, em diversos países desenvolvidos e, mais recentemente, em países em desenvolvimento.

O *Guia alimentar para a população brasileira* (BRASIL, 2005) retratou, além do aumento do consumo de alimentos protéicos, um preocupante acréscimo verificado na participação de embutidos, geralmente produtos com alto teor de gordura e sal, cuja participação na alimentação aumentou em quase 300%, o que pode contribuir com o aumento do consumo de sódio.

A baixa de aceitação ao tratamento não-farmacológico da hipertensão apresentado neste estudo foi observada em outras pesquisas realizadas (SIMONETTI, BATISTA & CARVALHO, 2002; CADÊ, 1997; VEIGA, CARVALHO, ROBAZZI *et al.*, 1993). Para

aumentar a adesão à dieta hipossódica, o paciente e seus familiares devem receber orientações sobre a doença. É preciso desenvolver junto ao portador da doença estratégias para a redução da quantidade do sal na alimentação, capazes de contribuir para uma melhor qualidade de vida e longevidade, como a utilização de diferentes temperos, o uso de ervas aromáticas, técnicas de gastronomia e outros recursos que ajudem a mascarar a falta do sal na alimentação.

Considerando que o estudo foi limitado a observar a aceitação da dieta hipossódica de forma visual pelo retorno das refeições oferecidas e que não foram considerados os hábitos alimentares, as preferências alimentares, o estado nutricional dos pacientes, a existência de medicações que alterassem o paladar e que estes poderiam influenciar na aceitação da dieta; estudos posteriores devem ser realizados, a fim de melhor detalhar as razões da baixa aceitação alimentar da dieta hipossódica, direcionando a orientação dietética para maior adesão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALDERMAN, M. H.; COHEN, H. & MADHAVAN, S. Dietary sodium intake and mortality: the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES I). *The Lancet*, New York (USA), 1998; 351 (9105): 781-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Doenças cardiovasculares no Brasil*. Sistema Único de Saúde – SUS: dados epidemiológicos, assistência médica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1993a.

_____. *Controlando a hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço*. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde, 1993b.

_____. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1996.

_____. *Guia alimentar para a população brasileira – promovendo a alimentação saudável*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

CADÊ, N.V. O cotidiano e a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba (PR), 1997; 2(2): 5-10.

CAMPOS, E.P. & LEITE, J. de S. C. Fatores terapêuticos de um programa continuado e integrado de atendimento ao hipertenso. *Revista de Prática Médica de Ribeirão Preto* (SP), 1990; 101 (1): 9-14.

COSTA, C.C. & SILVA, C.C. da. Doenças cardiovasculares. In: CUPPARI, L. (Ed.) *Guias de Nutrição: nutrição clínica no adulto* (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar Unifesp / Escola Paulista de Medicina). 2.ed. São Paulo: Manole; 2005. Cap. 15, p. 301– 2.

EPM – *Software* da Escola Paulista de Medicina – Programa de Apoio à Nutrição – Versão 2.5a, DIS / Unifesp.

HIRSHBRUCH, M.D. & CASTILHO, S. *Nutrição e bem estar para a terceira idade*. 1.ed. São Paulo: CMS, 1999.

INTERSALT COOPERATIVE RESEARCH GROUP. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results of 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *Br. Med. J.*, 1988; 297: 319-328.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- KRUMMEL, D. Nutrição e hipertensão. In: MAHAN, L.K. & STUMP, S.E. (Ed.) *Alimentos, nutrição & dietoterapia*. 10 ed. São Paulo: Roca, 2002. Cap. 27, p. 576- 89.
- LESSA, I.; MENDONÇA, G.A.S. & TEIXEIRA, M.T. B. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. *Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-Americana*, 1996; 120 (5): 389-413.
- LONGO, E.N. & NAVARRO, E.T. *Técnica dietoterápica*. 2.ed. Argentina – Buenos Aires: El Ateneo, 1998.
- MACIEL, I.C.F. & ARAÚJO, T.L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2003; 11 (2): 207-14.
- MARANHÃO, M.F. DE C. & RAMIRES, J.A.F. Aspectos atuais do tratamento da hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 1988; 51 (1): 99-105.
- MARTINS, I.S.; CAVALCANTI, M.L.F. & MAZZILLI, R.N. Relação entre consumo alimentar e renda familiar na cidade de Iguape, S. Paulo (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, 1977; 11 (1): 27-38.
- MION JR., D., MACHADO, C.A. & GOMES, M.A. M. et al. IV Brazilian Guidelines on Arterial Hypertension. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2004; 82, Suppl 4: 7-14.
- MOLINA, M.C.B.; CUNHALL, R.S. & HERKENHOFF, L.F. et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. *Revista de Saúde Pública* 2003; 37 (6): 743-50.
- MONDINI, L. & MONTEIRO, C.A. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). *Revista de Saúde Pública*, 1994; 28 (6): 433-9.
- MONTEIRO, C.A.; MONDINI, L. & COSTA, R.B.L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). *Revista de Saúde Pública*, 2000; 34: 251-8.
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (USA). *Joint National Committee: on prevention, and treatment of high blood pressure*. Bethesda (MD), 1997.
- OLIVEIRA, T.C.; ARAÚJO, T.L. de; MELO, E.M. et al. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2002; 10 (4):530-36.
- OLMOS, R. D.; LOTUFO, P.A. Epidemiologia da hipertensão no Brasil e no mundo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 2002; 9 (1): 21-3.
- PESSUTO, J. & CARVALHO, E.C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 1998; 6 (1): 9-33.
- PIERIN, A.M.G. & CAR, M.R. Instrumento de consulta de enfermagem a pessoas com hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. *Revista da Escola de Enfermagem, USP*, 1992; 26 (1): 17-32.
- PINHEIRO, A.B.V.; LACERDA, E.M.A.; BENZECRY, E.H. et al. *Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseira*. 4.ed. São Paulo: Atheneu, 2000.
- REIS, N.T. & COPPE, C. dos S. *Nutrição clínica na hipertensão arterial*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.
- SIMONETTI, J.P.; BATISTA, L. & CARVALHO, L.R. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2002; 10 (3): 415-22.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (BR). *Consenso brasileiro de hipertensão arterial*. Campos do Jordão (SP): Sociedade Brasileira de Hipertensão, 1998.
- TEIXEIRA, C.L.S. Dieta e hipertensão. Disponível em: <<http://www.epud.org.br/nutriweb/n0202/hiperteno.htm>>. Acesso em: 21 de janeiro de 2006.
- VEIGA, E.V., CARVALHO, E.C., ROBAZZI, M.L.C. C. et al. Estudo dos fatores de risco da hipertensão arterial: conhecimento e exposição. *Revista Sociedade de Cardiologia Estado São Paulo*, 1993; 3 (6) Suppl A: 1-5.

Endereço para correspondência:

Gina Roberta Borsetto dos Santos
E-mail: ginaro@ig.com.br