

## ESTUDO DO PERFIL LIPÍDICO E DO CONSUMO ALIMENTAR DE MULHERES HIPERTENSAS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE RIO GRANDE-RS

ANDRESSA MELLO TEIXEIRA<sup>1</sup>; ALINE BALDEZ<sup>2</sup>; MAUREN DE CASTRO RITA<sup>2</sup>;  
PAOLA SPIERING SOUZA<sup>2</sup>; CARLOS CASTILHO DE BARROS<sup>2</sup>; AUGUSTO SCHNEIDER<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – andreessamello@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – alineb.nutri@bol.com.br

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – maurenritta@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – barroscpel@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – paolassouza2@gmail.com

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas – augustoschneider@gmail.com

### 1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais responsáveis pelos óbitos registrados anualmente no Brasil, e também a principal causa de morte na fase adulta (GODOY et al., 2006; SBC, 2013). Esse cenário da saúde brasileira é considerado como sendo um estado pandêmico da morbimortalidade cardiovascular (SIMIAO et al., 2014). Considerando o sexo, a incidência de DCV em mulheres na idade reprodutiva é menor do que nos homens de mesma idade; entretanto, com o processo de envelhecimento, essa diferença vai diminuindo progressivamente. O estudo de Framingham (KANNEL&McGEE, 1976) demonstrou que a incidência anual de doença cardiovascular em mulheres com menos de 55 anos na pré-menopausa, quando comparada àquela em mulheres na mesma faixa etária, mas nas quais já ocorreu a menopausa, foi cerca de 50% menor, sugerindo um efeito protetor dos hormônios femininos sobre o sistema cardiovascular (DUBEY et al., 2002; ORSHAL et al., 2004). Além disso, o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011) refere que as mulheres constituem a maioria da população brasileira e são consideradas as principais usuárias do SUS, seja para o próprio atendimento ou como acompanhante de crianças, familiares e pessoas da comunidade. As mudanças de hábitos, juntamente com o estresse, gerados pelo estilo de vida atual, são fatores que influenciam diretamente para que as doenças crônico-degenerativas, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, estejam entre as principais causas de morte na população feminina.

A transição nutricional ocorrida no Brasil fez com que ocorressem mudanças no perfil nutricional resultando em maior prevalência de doenças crônicas. Essas alterações estão diretamente relacionadas às mudanças nos hábitos alimentares consistindo num aumento do consumo de alimentos altamente energético, ricos em gorduras e açúcares (ALVES, 2017). Uma revisão de literatura mostra que uma pequena, mas potencialmente importante redução de risco cardiovascular associada à modificação da gordura da dieta (BLASCO et al., 2016). O consumo de alimentos ultra-processados está ligado à densidade energética da dieta. O teor de gorduras saturadas, de gorduras trans e de açúcares provou ser inversamente associado ao consumo de fibras caracterizando uma nociva relação desses alimentos com o aumento do risco de doenças crônicas (LOUZADA et al., 2015).

A hipertensão arterial (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou  $90$  mmHg. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais fatores desencadeantes das DCV. Segundo a Organização Mundial da saúde (OMS, 2012), em seu relatório anual sobre

estatísticas sanitárias refere que um em cada três adultos possuem HAS e que no Brasil 22,7% dos adultos são acometidos com essa doença. Levando em conta esses fatores, o presente estudo teve como objetivo estudar o consumo alimentar e perfil lipídico de mulheres hipertensas avaliando a interação desses fatores com o risco de DCV. Sendo assim, torna-se importante avaliar qual o tipo de alimento ingerido e sua frequência, o estado nutricional e sua classificação quanto ao IMC, condições bioquímicas e comparação com os parâmetros adequados.

## 2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo com 89 mulheres aparentemente saudáveis com idade entre 20 e 59 anos, atendidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF's) da cidade de Rio Grande-RS no período de novembro de 2016 a maio de 2017 que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) consentindo sua participação no estudo. As mulheres foram divididas em dois grupos (hipertensas e não hipertensas) após o preenchimento do questionário sobre condições gerais de saúde.

Para as variáveis de exposição foi utilizado, consumo alimentar, índice de massa corporal (IMC), perfil lipídico, e idade. Também foram coletados 5 frascos de sangue de cada paciente por punção venosa, após jejum de 12 horas, 3 para as taxas bioquímicas. Três frascos das amostras de sangue foram encaminhados aos laboratórios de apoio para análise em equipamento automatizado. O colesterol total (CT), o colesterol de alta densidade (HDL), o colesterol de baixa densidade (LDL), triglicerídeos e glicemia de jejum foram determinados por método enzimático automatizado. Todas as mulheres participantes tiveram uma orientação nutricional recebendo um panfleto com orientações com os 10 passos para se ter uma alimentação saudável.

Os dados coletados foram digitados em planilha eletrônica (Excel®), para processamento e análise dos dados, após foram transferidos e analisados no programa GraphPadPrism 5 (GraphPad, La Jolla, EUA). O nível de significância adotado foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

O estudo foi submetido ao comitê de ética da Universidade Federal de Pelotas (CONEP) e aprovado em 19/10/2016 sob o número do parecer: 1.708.582. Todas as participantes foram informadas do objetivo da pesquisa, bem como dos procedimentos metodológicos e assinaram o TCLE.

## 3. RESULTADOS

Foi observado que a maioria das mulheres estava na faixa etária de 50 a 59 anos (41,6%), apresentaram escolaridade de médio completo a superior incompleto (49,4%), idade de menarca de 11 a 12 anos (47,2%), não praticava atividade física (64,1%), eram não fumantes ou ex-fumantes (88,8%) e usavam algum tipo de medicamento. O Índice de Massa Corporal IMC (HAS  $35,1 \pm 1,5$  kg/m<sup>2</sup> e NÃO HAS  $30,7 \pm 1,1$  kg/m<sup>2</sup>) e triglicerídeos (HAS  $167,3 \pm 16,9$  mg/dL e NÃO HAS  $127,4 \pm 8,0$  mg/dL) apresentaram taxas diferentes, sendo esses níveis maiores em hipertensas ( $P < 0,05$ ). A taxa de HDL tendeu a ser menor nas mulheres hipertensas ( $P = 0,067$ ). Níveis de glicose e LDL não foram diferentes entre os grupos ( $P > 0,05$ ).

As mulheres hipertensas quando comparadas com as não hipertensas em relação ao consumo de alimentos in natura e alimentos processados e ultraprocessados não tiveram diferença significativa ( $P > 0,05$ ).

#### 4. DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou que a população feminina caracterizou-se como de meia idade devido à concentração na faixa etária de 50 a 59 anos de idade, a qual se caracteriza a mais preocupante em relação ao risco de HAS e se já estabelecida à doença um risco para DCV(NAVA et al.,2015). Nossa estudo houve uma prevalencia de mulheres no período pré- menopausico, sendo esse fator favorável para intervenção nutricional e melhoria na qualidade vida por não terem atingindo a menopausa. No período do climatério ocorrem alterações significativas e que se apresentam mais frequentes como HDL baixo, hipertensão arterial, obesidade visceral, hipertrigliceridemia,diabetes mellitus e o ganho de peso em cerca de 1 kg/ano no período que antecede a menopausa (SOUZA et al., 2016).

Em relação à escolaridade, o presente estudo demostrou que a maioria das mulheres é alfabetizada e que apresentavam uma escolaridade de ensino médio à superior incompleto, sendo essa uma característica importante. Segundo NAVA et.al. (2015), um dos fatores mais importantes de ser analisado é alfabetização, pois quanto maior o nível de instrução de uma população melhor o acesso ao serviço de saúde e compreensão das orientações ofertadas pelas profissionais de saúde.

De acordo com a OMS (2011), hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco para as DCV, sendo uma condição clínica associada à elevada mortalidade. Neste estudo a HAS estava presente em 42,7% das mulheres. E ainda foi demonstrado que 68,42% das hipertensas apresentavam alguma outra doença associada como: dislipidemia, diabetes mellitus, hipotireoidismo, obesidade, ansiedade e depressão. No estudo de Framingham (KANNEL et al.,1976),a presença concomitante de fatores de risco em pacientes hipertensos se traduz em risco cardiovascular absoluto. Os resultados apontam que os indivíduos avaliados foram classificados na sua maioria como obesos de acordo com o IMC sendo a média do IMC maior para as hipertensas. Segundo MARCI (2010), a hipertensão associada à obesidade deve ser considerada uma doença crônica de difícil manejo, com um traço multifatorial que se torna uma grande preocupação dos profissionais da saúde, focando nas intervenções das consultas de rotina nas unidades de atenção primária.

A dislipidemia neste estudofoi uma das doenças mais frequentes apresentadas pelas mulheres. Além disso, as hipertensas apresentaram maiores níveis séricos de triglicerídeos e tenderam a apresentar menores níveis de HDL. A dislipidemia é um fator de risco para o desenvolvimento de HA e quando associada a ela predispõe o risco de DCV (BLOCH et al., 2006). De acordo com MARTE & SANTOS (2007), existem evidências da correlação entre o perfil lipídico e pressão arterial sistêmica, como observado na síndrome metabólica que é uma síndrome multifatorial. As mulheres hipertensas em nosso estudo apresentaram maior IMC, maior TG e tenderem a ter menor HDL, portanto esses achados se traduzem em um maior risco para evolução ao diabetes mellitus e para doença cardiovascular.

#### 5. CONCLUSÕES

O estado nutricional encontrado na população estudada foi o de obesidade, sendo este um dos maiores riscos para o desenvolvimento da hipertensão, não devendo ser considerada apenas preditora de risco cardiovascular como também

um fator desencadeante na doença hipertensiva. Outros fatores influenciam nas condições de saúde destas hipertensas, visto que o IMC e níveis de TG apresentaram-se mais elevados nesta população. A atuação do nutricionista é de extrema importância para o controle e prevenção de DCV e a HAS. Porém, a ação deve ocorrer sistemática e conjunta com as equipes da saúde da família.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Yasmin Ferreira; SILVA da, Caroline Regina; SPINELLI, Mônica Glória Neumann. **Teor de sódio e contribuição calórica de alimentos ultraprocessados no cardápio de uma unidade de alimentação e nutrição escolar em São Paulo-SP** DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd. v15i1. 4040>. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, v. 15, n. 1, p. 428- 436, 2017.
- BLASCO, Pablo González; LEVITES, Marcelo Rozenfeld; PAULA, Pedro Subtil de. **Rastreamento de hipertensão arterial: aferir a pressão regularmente no consultório, mas verificar em casa antes do diagnóstico.** Revista diagnóstico & tratamento , v.21,n. 03 p. 122, 2016.
- BLOCH, Katia Vergetti; RODRIGUES, Claudia Soares; FISZMAN, Roberto. **Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterialuma revisão crítica da literatura brasileira.** RevBrasHipertens, v. 13, n. 2, p. 134-43, 2006.
- Dubey RK, Oparil S, Imthurnb B, Jackson E K. **Sex hormones and hypertension Cardiovascular Research** 2002 53 688 - 708.
- GODOY, Moacir Fernandes de et al. **Mortalidade por doenças cardiovasculares e níveis socioeconômicos na população de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, Brasil.** ArqBrasCardiol, v. 88, n. 2, p. 200-6, 2007.
- Kannel, W.B. &McGeeD.L. **Diabetes and cardiovascular disease: the Framingham study .JAMA, 241** (1979), pp. 2035-2038.
- MARCHI-ALVES, Leila Maria et al. Leptina, **hipertensão arterial e obesidade: importância das ações de enfermagem.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 23, n. 2, 2010.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica **Guia alimentar para a população brasileira.** Ministério da Saúde, Brasília (2014), p. 156 Cadernos de Atenção Básica
- SIMÃO, Antonio Felipe et al. **I Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia- Resumo Executivo.** ArqBrasCardiol, v. 102, n. 5, p. 420-431, 2014.
- SOUZA, Mônica et al. **Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em mulheres na fase do climatério.** In: Congresso Internacional de Atividade Física, Nutrição e Saúde. 2016.