

Hábitos alimentares e suas influências sobre a saúde de hipertensos: contribuições ao cuidado de enfermagem

Eating habits and their influence on the health of hypertensive patients: contributions to nursing care

Hábitos alimentarios y su influencia en la salud de pacientes hipertensos: contribuciones para el cuidado de enfermería

Laércio Deleon de Melo¹, Juliana de Lima Brandão², Letícia da Silva Santos³, Larissy Leonildes Tavares Pereira do Nascimento⁴, Kellen Cristina de Paula⁵, Yasmin Mendonça Campos⁶, Felipe Eduardo Taroco⁷

Como citar esse artigo. de Melo LD, Brandão JL, Santos LS, do Nascimento LLTP, de Paula KC, Campos YM, Taroco FE. Hábitos alimentares e suas influências sobre a saúde de hipertensos: contribuições ao cuidado de enfermagem. Rev Pró-UniverSUS. 2023; 14(1):21-28.



Resumo

Introdução: objetivou-se discutir a respeito dos hábitos alimentares de hipertensos atendidos na atenção básica e suas influências sobre a saúde na perspectiva do cuidado de enfermagem cardiovascular. **Materiais e Métodos:** investigação descritiva, qualitativa, realizada num serviço de atenção básica Mineiro. Coletados dados de caracterização e entrevista individual em profundidade, em 2019, com 40 hipertensos. Análise dos dados utilizou os softwares SPSS e Iramuteq. **Resultados:** participaram, predominantemente, mulheres idosas, que consideraram alimentos saudáveis: verduras, legumes e frutas; e não-saudáveis: carnes vermelhas, frituras, doces, óleos/gorduras. **Discussão:** Foram categorias discursivas: 1). Conhecimentos e comportamentos alimentares: consequências da manutenção de uma alimentação não saudável para a saúde cardiovascular e; 2). Conscientizando-se e reconhecendo-se portador de uma Doença Cardiovascular: reeducação alimentar e a adoção de hábitos de vida saudáveis necessários à qualidade de vida e saúde. **Considerações finais:** observou-se um esforço à autoconscientização e adoção de hábitos saudáveis, a partir da reeducação alimentar.

Palavras-chave: Enfermagem Cardiovascular; Hipertensão; Comportamento Alimentar; Dieta Saudável; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Introduction: the objective was to discuss the eating habits of hypertensive patients treated in Primary Care and their influences on health from the perspective of cardiovascular nursing care. **Materials and Methods:** descriptive, qualitative research carried out in a Primary Care service in Minas Gerais. Characterization data and in-depth individual interviews were collected in 2019 with 40 hypertensive patients. Data analysis used SPSS and Iramuteq software. **Results:** predominantly elderly women participated, who considered healthy foods: vegetables and fruits; and unhealthy: red meat, fried foods, sweets, oils/fats. **Discussion:** The discursive categories were: 1). Knowledge and eating behaviors: consequences of maintaining an unhealthy diet for cardiovascular health and; two). Becoming aware and recognizing oneself as having a Cardiovascular Disease: dietary reeducation and the adoption of healthy lifestyle habits necessary for quality of life and health. **Final considerations:** there was an effort towards self-awareness and the adoption of healthy habits, based on nutritional education.

Keywords: Cardiovascular Nursing; Hypertension; Feeding Behavior; Diet, Healthy; Primary Health Care.

Resumen

Introducción: el objetivo fue discutir los hábitos alimentarios de pacientes hipertensos atendidos en la Atención Primaria y sus influencias en la salud desde la perspectiva del cuidado de enfermería cardiovascular. **Materiales y Métodos:** investigación descriptiva, cualitativa, realizada en un servicio de Atención Primaria de Minas Gerais. Se recogieron datos de caracterización y entrevistas individuales en profundidad en 2019 con 40 pacientes hipertensos. El análisis de datos utilizó el software SPSS e Iramuteq. **Resultados:** participaron predominantemente mujeres ancianas, que consideraron alimentos saludables: verduras y frutas; y no saludables: carnes rojas, frituras, dulces, aceites/grasas. **Discusión:** Las categorías discursivas fueron: 1). Conocimientos y conductas alimentarias: consecuencias de mantener una dieta poco saludable para la salud cardiovascular y; 2). Tomar conciencia y reconocerse como portador de una Enfermedad Cardiovascular: reeducación alimentaria y adopción de hábitos de vida saludables necesarios para la calidad de vida y la salud. **Consideraciones finales:** hubo un esfuerzo hacia la autoconciencia y la adopción de hábitos saludables, basados en la educación nutricional.

Palabras clave: Enfermería Cardiovascular; Hipertensión; Conducta Alimentaria; Dieta Saludable; Atención Primaria de Salud.

Afiliação dos autores:

¹Doutor em Enfermagem pela UERJ, RJ, Brasil. E-mail: laerciodeleonde@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8470-7040>

²Doutoranda em Enfermagem pela UERJ, RJ, Brasil. E-mail: julianabrandao20@yahoo.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1463-2829>

³Enfermeira Graduada pelo Centro Universitário Estácio Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: lesantosleticia@outlook.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3267-8417>

⁴Enfermeira Graduada pelo Centro Universitário Estácio Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: larissytares@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7848-192X>

⁵Enfermeira Graduada pelo Centro Universitário Estácio de Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: cristinakellen0803@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7919-1812>

⁶Graduanda em Enfermagem no Centro Universitário Estácio Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: yasminmc19@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7162-1272>

⁷Graduando em Enfermagem pela Universidade Norte do Paraná (Unopar); em Fisioterapia pelo Centro Universitário Estácio Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: edufisiotaroco@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8530-5780>.

* Email de correspondência: laerciodeleondl@gmail.com

Recebido em: 21/12/22. Aceito em: 22/02/23.

Introdução

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morbimortalidade mundial¹⁻². Segundo dados epidemiológicos globais, em 2017, foram registrados 1.312.663 óbitos, dos quais 27,3% eram justificados por algum tipo de DCV¹⁻³. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) está relacionada com 45% da mortalidade associada a DCV, com destaque para Doença Arterial Coronariana (DAC) e a Insuficiência Cardíaca (IC)¹⁻³.

No Brasil, apenas no período de 2008 a 2017, foram contabilizados 667.184 óbitos justificados pela HAS¹, sendo que destes, 22,6% foram considerados óbitos prematuros (idade entre 30 a 69 anos)³. A HAS é uma comorbidade crônica caracterizada pelo aumento persistente da pressão arterial acima dos valores de referência, ou seja, Pressão Arterial: Sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e, Diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg^{1,3}. As medidas devem ser evidenciadas em, no mínimo, três aferições distintas e em condições de monitoramento dos índices pressóricos de maneira sistemática por profissional de saúde habilitado³⁻⁴.

Salienta-se que existem inúmeros fatores capazes de influenciar o (des)controle pressórico, a exemplo dos determinantes psicológicos, socioeconômicos e do (des)uso inadequado e/ou exacerbado da farmacoterapia prescrita, além do uso concomitante de drogas (i)lícitas^{3,5-6}. Em geral, os fatores de risco para HAS são subdivididos em dois grupos: 1). Não-modificáveis: estresse psicossocial, prematuridade, baixo peso ao nascer, Doença Renal Crônica (DRC), histórico familiar, envelhecimento, apneia do sono, baixa renda e sexo masculino e; 2). Modificáveis: sedentarismo, tabagismo, etilismo, sobrepeso, alimentação irregular, hipercolesterolemia, hiperglicemia, hipernatremia e hipocalemia²⁻³.

Nota-se, portanto, que dentre os fatores de risco modificáveis, seis deles relacionam-se diretamente com os hábitos alimentares (sobrepeso, alimentação irregular, hipercolesterolemia, hiperglicemia, hipernatremia e hipocalemia), os quais requerem mudanças no estilo de vida como estratégia de cuidado essencial e fundamental para o controle da HAS. Sendo assim, uma das principais medidas envolve a manutenção e/ou aquisição de uma dieta saudável que favoreça, não só o controle, mas a prevenção da HAS e do quadro geral de saúde³⁻⁴.

Neste sentido, salienta-se que os profissionais de enfermagem, no contexto da Atenção Básica (AB), têm como responsabilidade atuar na prevenção, promoção da saúde e acompanhamento contínuo do prognóstico das comorbidades da população de sua área de abrangência, visando um cuidado individualizado/especializado⁷⁻⁸. Deve-se investigar o fornecimento contínuo de informações pertinentes a cada pessoa

assistida, buscando entender e enquadrar as possíveis mudanças sobre os hábitos de vida de forma exequível, respeitando-se a realidade e individualidade de cada um⁹.

Diante do exposto, evidenciou-se na literatura científica (inter)nacional, uma lacuna relativa ao acompanhamento e à avaliação dos hábitos alimentares de hipertensos da AB e suas implicações para a assistência de enfermagem cardiovascular, isso porque, o nutricionista não faz parte da equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo assim, as orientações dietéticas fazem parte da assistência compartilhada entre médicos e enfermeiros da AB^{1,3,5,7-8}.

Torna-se, portanto, oportuna a identificação dos hábitos alimentares de pessoas hipertensas atendidas na AB, a fim de se discutir sobre as possíveis estratégias de intervenção no campo da enfermagem cardiovascular em *prol* do controle eficaz dos índices pressóricos da população hipertensa, sendo este um contributo ao campo da Enfermagem Cardiovascular.

Sendo assim, foram elaboradas as seguintes questões de investigação: Como são os hábitos alimentares de pessoas hipertensas atendidas na AB? Quais as possibilidades de atuação da enfermagem cardiovascular, em relação aos cuidados alimentares de pessoas hipertensas, no contexto primário de saúde?

Objetivou-se, portanto, discutir a respeito dos hábitos alimentares de hipertensos atendidos na AB e suas influências sobre a saúde na perspectiva do cuidado de enfermagem cardiovascular.

Materiais e Métodos

Estudo qualitativo, de natureza descritiva, discutido a partir da literatura científica (inter) nacional, a respeito dos hábitos alimentares de hipertensos atendidos na AB, sob a perspectiva do cuidado de enfermagem cardiovascular. Em busca de robustez teórico-metodológica, foi atendido o protocolo de pesquisa *Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research* (COREQ)¹⁰.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) de modelo tradicional, cenário de investigação, atende a três bairros adstritos, conforme região sanitária de saúde, na região sul de uma macrorregião de saúde de Minas Gerais (MG), Brasil. São ofertadas à população uma assistência interdisciplinar composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, farmacêutico e Agentes Comunitários de Endemias (ACE).

A amostragem por conveniência incluiu pessoas hipertensas inseridas em um cadastro prévio de acompanhamento fornecido pela UBS. Os participantes foram recrutados pela enfermeira responsável, que os convidava a integrar a investigação, agendando a coleta de dados em horário

compatível à disponibilidade do binômio pesquisador/participante durante o funcionamento da UBS.

Foram critérios de inclusão: pessoas hipertensas com idade ≥ 18 anos, cadastradas na referida UBS, com nível de cognição compatível com a abordagem da entrevista individual em profundidade, a qual foi aferida por escores $\geq 23/30$ no *The Mini-Mental State Examination* (Mini-Mental), aplicado a todas as pessoas com idade ≥ 60 anos¹¹. Não houve perda de seguimento decorrente do uso da escala.

Foram excluídos os potenciais participantes que por, pelo menos, três vezes adiaram/reagendaram a coleta. Sendo assim, dos 50 possíveis participantes que integravam o cadastro prévio da UBS cenário de investigação, houve 10 perdas justificadas por não comparecimento a coleta de dados no período estipulado. Portanto, participaram desta investigação 40 hipertensos.

Os dados foram coletados em ambiente reservado, nos moldes de uma consulta de enfermagem individualizada em atendimento às recomendações cardiovasculares (inter)nacionais^{1,3,7}. O instrumento de coleta foi previamente validado por três peritos habilitados e com experiência de atuação nos campos da enfermagem cardiovascular e da AB. O roteiro semiestruturado era composto por variáveis de: 1). Caracterização sociodemográfica, profissional e econômica; 2). Entrevista individual em profundidade gravada e; 3). Diário de campo.

O roteiro continha as seguintes questões norteadoras: 1). Cite cinco alimentos que você considera saudáveis e cinco não saudáveis; 2). Quais alimentos você deixou de ingerir ou reduziu o consumo devido a doença cardiovascular/hipertensiva? Por quê? 3). Quais alimentos você considera que deveria ter reduzido ou retirado da sua alimentação e ainda não conseguiu? Por quê? 4). Como você avalia a sua alimentação e como ela pode influenciar a sua saúde e o controle pressórico? Por quê?

Houve treinamento de dois pesquisadores envolvidos na etapa de coleta de dados e sua inserção prévia na UBS cenário de investigação em atividades extensionistas e de ambientação em outras atividades cotidianas da unidade. A coleta de dados propriamente dita, ocorreu nos meses de setembro a novembro de 2019, com duração estimada de ± 1 hora, em que cada entrevista individual em profundidade foi registrada em *Gravador Digital Sony Px240 áudio voz profissional original*. Não foi necessária a repetição da coleta de dados com nenhum dos entrevistados.

Os registros em diário de campo ocorreram imediatamente após cada entrevista, constando as informações consideradas relevantes, como sentimentos, comportamentos e emoções expressas pelos entrevistados diante das questões norteadoras.

Utilizou-se o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 26 para análise dos dados de caracterização sociodemográfica por

estatística descritiva. O conteúdo das entrevistas foi submetido à análise lexical com apoio do *software Interface de R Pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Iramuteq), versão 0,7 alfa 2, que possibilitou a expressão dos dados através da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), na qual, após processar e agrupar as palavras segundo a ocorrência no *software*, procedeu-se a sua classificação, criando o dendrograma das classes¹². A saturação teórica dos dados foi confirmada mediante a constatação do não surgimento de novas informações entre os entrevistados, consistindo na repetição exaustiva das mesmas falas.

Não houve a devolução da transcrição das falas aos participantes, contudo, ao final de cada entrevista com as respostas discursivas às questões norteadoras, foram perguntadas aos mesmos se gostariam de acrescentar mais alguma informação a respeito da temática, as quais quando presentes, foram registradas em diário de campo. Neste momento, eles aproveitaram para dar um *feedback* positivo quanto as questões investigadas e atenção recebida durante a entrevista estruturada conforme uma consulta de enfermagem cardiovascular.

A aquiescência dos participantes e concordância em participar do estudo foi confirmada através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pós-informado, sendo assegurado o sigilo e anonimato dos entrevistados, utilizando códigos alfanuméricos compostos por uma letra e dois dígitos (Ex: P15).

Esta pesquisa é parte integrante de uma investigação matriz aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o Parecer Consubstanciado nº 3.466.543 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 15467119.2.0000.5284 de 27/07/2019 que foi parte do Programa de Iniciação Científica (PIC) dos quais todos os autores fizeram parte de todas as etapas de investigação.

Resultados e Discussão

Os participantes foram caracterizados, sociodemograficamente, segundo sua predominância em: mulheres 21 (52,5%); com idade média de 62,53 anos (variabilidade de 18 a 90); cor de pele autodeclarada branca 21 (52%); estado civil casados 34 (85%) e tinham em média dois filhos (variabilidade 0 a 6). Nesse interim, observou-se que a HAS foi mais presente no sexo feminino e que se autodeclararam brancas, sendo resultados similares aos encontrados por outras investigações^{2,5,9,13}.

Em relação à caracterização profissional e econômica, os participantes tinham escolaridade média de 6,66 anos (variabilidade de 0 a 16 anos de estudo); trabalhavam com atividades industriais como profissões predominantes 16 (40%). Atualmente, eram aposentados ou recebiam pensão 34 (85%), sendo o tempo médio de

benefício 4,63 anos (variabilidade de 0 a 50 anos); renda média R\$ 1.448,93 (variabilidade de 0 a R\$ 5.000,00) e; número médio de dependentes financeiros de 0,73 (variabilidade 0 a 3 pessoas). Em relação aos perfis de escolaridade, profissional e econômico apresentados, estes podem ser considerados típicos. Isso por que o Brasil é considerado subdesenvolvido e industrializado, com a maioria da população classificada com um perfil de renda do tipo baixa e/ou média baixa, fato este que no panorama social, político e econômico atual, corroboram com o aumento de vulnerabilidades socioeconômicas e com a crise sanitária brasileira e refletem diretamente sobre a qualidade dos alimentos consumidos pelas pessoas¹⁴.

Em face da qualidade da alimentação, salienta-se que atualmente são difundidos sobre o conhecimento popular e científico, diferentes tipos de planos alimentares orientados por profissionais nutricionistas ou nutrólogos, cujo objetivo é ajudar a controlar a HAS, o sobrepeso e o Diabetes *Méllitus* (DM), porém, cabe a todos profissionais de saúde de nível superior habilitados, o fornecimento de orientações dietéticas em cada nível de atenção à saúde¹⁵⁻¹⁶.

Na perspectiva dos participantes, foram considerados alimentos saudáveis: verduras 33 (18%), a exemplos, couve, alface e brócolis; legumes 29 (16%), como cenoura, abobrinha e o inhame; frutas 20 (11%), por exemplos, laranja, banana e abacate; alimentos básicos como o arroz e feijão, ambos com 13

(7%) cada. Cabe destacar que foram mencionadas 187 palavras, das quais retratavam 29 alimentos distintos.

Para os alimentos considerados não saudáveis, foram mencionadas 173 palavras, sendo 40 alimentos distintos, dentre os quais destacaram-se: carne vermelha 24 (13,9%), a exemplos da bovina, suína (bacon, torresmo, etc.); frituras 16 (9,2%), a exemplos, batata frita, pastel e salgados; doces 15 (9%), a exemplos, biscoitos recheados e bolos; óleo/gordura de origem animal ou vegetal, e; massas, a exemplos da pizza e do macarrão, ambos com 10 (6%) cada.

Diante da relação de alimentos apresentados pelos participantes e categorizados, segundo eles, em saudáveis e não saudáveis verifica-se que eles possuem um conhecimento satisfatório a respeito dos hábitos alimentares saudáveis e não saudáveis, bem como a necessidade de modificação de seus comportamentos alimentares visando melhorias sobre a Qualidade de Vida (QV) e saúde^{1,3-4}.

Corroborando a estes achados, a análise lexical, o software Iramuteq identificou 92 UCE, tendo 87,62% de aproveitamento do material analisado, o qual apresenta-se distribuído em classes, a partir de divisões binárias sucessivas do *corpus*. Com o processo de clivagem, o *corpus* dividiu-se em dois eixos que continuaram o processo de subdivisão, tendo cada um, ao final, duas classes, conforme dendrograma de conteúdos semânticos (Figura 1).



Figura 1. Dendrograma de CHD do *Iramuteq*, conforme os conteúdos semânticos. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2023.

Fonte: software *Iramuteq*.

Com vistas a facilitar a compreensão da análise de *cluster* do *software*, as classes foram nomeadas, obedecendo ao conteúdo discursivo dos participantes. Assim, o eixo 1 foi intitulado “Conhecimentos e comportamentos alimentares: consequências da manutenção de uma alimentação não saudável para a saúde cardiovascular”, composto pelas classes 3 e 2. Por conseguinte, o eixo 2 foi nomeado “Conscientizando-se e reconhecendo-se portador de uma DCV: reeducação alimentar e a adoção de hábitos de vida saudáveis necessários à QV e saúde”, composto pelas classes 1 e 4.

Em atenção ao eixo 1, nota-se que a classe 3 “Entre aquilo que é correto e o que eu gosto de comer?”, representou 21,7% (20 de 92 UCE) do conteúdo discursivo dos participantes, tendo como elementos principais: ficar, tomar, comprar e problema. Retrata a dúvida quanto ao que se “deve” comer, de fato, e o que se “quer” comer, conforme as falas:

Sempre vem uma vontade, porque, às vezes, a gente gosta. Eu gosto de bacon e de carne gordurosa. Lá em casa tem alcatra que eu comprei e eles estão comendo e eu fico olhando. Hambúrguer, lanches etalé também estou dispensando. (P09).

Tem hora que a gente toma refrigerantes. Mas, eu substituí por sucos industrializados de caixinha, mas, ainda assim, tem sódio sabe... Ai eu fico na dúvida. (P12).

Seguindo a mesma linha de raciocínio, a partir dos resultados da análise lexical, pode-se observar nos discursos da classe 3 o evidenciar de um esforço dos participantes em aderirem à hábitos alimentares saudáveis. Neste sentido, ressalta-se que, mesmo conhecendo os riscos de uma dieta inadequada, o fator comodidade, a praticidade, bem como o sabor atrativo dos alimentos industrializados, enlatados e embutidos, contribuem muito para uma alimentação não saudável no cotidiano das pessoas¹⁷⁻¹⁸.

O consumo dos alimentos considerados não saudáveis deve ser moderado para todos e em todo o período da vida, independente de possuir ou não alguma comorbidade crônica. É de suma importância que sejam evitados alimentos como gorduras de origem animal, carne suína, embutidos em geral, frutos do mar, frituras e industrializados, ovos (mediante excesso de colesterol na gema), carne bovina com gordura aparente, leite e seus derivados, doces, pães e biscoitos no geral^{13,16,19}.

Além disso, a baixa ingestão de sódio é uma das mais importantes intervenções, prevenindo a hipernatremia, pois o sódio exerce forte influência sobre a retenção hídrica e consequente elevação dos índices pressóricos²⁰. Acrescenta-se, ainda, a necessidade de ingestão de potássio, prevenindo a hipocalcemia, que quando associada à baixa ingestão de sódio e aliada a uma alimentação rica em nutrientes como vitaminas, aminoácidos, sais minerais, proteínas, etc., garante melhorias sobre a saúde cardiovascular²¹.

Percebe-se pelas falas dos participantes que eles reconhecem os alimentos correspondentes a estas medidas alimentares protetivas à saúde cardiovascular.

Outrossim, encerrando o eixo 1, a classe 2 “Condicionantes e consequências de uma alimentação não saudável sobre a manutenção da QV e saúde na DCV”, foi composta por 26,1% (24 de 92 UCE) do conteúdo discursivo dos participantes, apresentando como elementos principais: chegar, alto, querer, certo e dar. Destacam-se os resultados de uma má alimentação, conforme expresso nas falas abaixo:

Eu quero ver os netos chegarem, e do jeito que estou não verei. Então, tenho que resistir. (P09). Eu estava muito instável. No dia que eu desmaiei, vim procurar a médica, fiquei umas duas semanas assim, pensei que era da pancada de quando cai. Tomei Losartana Potássica por duas semanas, pois a pressão chegou a 200x120 mmHg. (P12). Já não estou gravando mais as coisas. A data não sei. Ele falou que tenho que fazer cateterismo cardíaco, porque eu cheguei até a desmaiar. (P23).

Em contrapartida, na classe 2, pode-se observar as consequências de uma não adesão correta ao tratamento, havendo assim, danos à saúde física e cardiovascular, nos quais, alguns deles podem ser irreversíveis, a exemplo, da fatalidade do óbito por uma emergência hipertensiva e/ou por falência cardíaca, reduzindo-se, assim, a perspectiva de vida, conforme menção do P09. Os resultados da classe 2 alarmam os profissionais de enfermagem e de saúde para a compreensão dos comportamentos alimentares não saudáveis, no sentido de que estes se mobilizem a repensarem estratégias educativas e de promoção da saúde cardiovascular.

Diante dos agravantes mencionados pelos participantes, com destaque para a elevação pressórica, síncope, quedas e obstrução vascular com indicação, até mesmo, de cateterismo cardíaco, conforme mencionado pelo participante P23, cabe destacar como grandes vilões da alimentação, o consumo excessivo de gorduras, sal e açúcar. Sabe-se, portanto, que a ingestão de gorduras saturadas, encontradas, em sua maioria, em alimentos de origem animal, deve ser <10% do consumo calórico total/dia de uma pessoa. O consumo de gorduras trans, de origem vegetal, por sua vez, deve ser <1% do consumo total²²⁻²³.

Neste sentido, deve se manter o consumo de sal <5g/dia (equivalente ideal <2g de sódio), além de se estabelecer um consumo de açúcares livres <10% da ingestão calórica total diária para assegurar uma dieta saudável, no âmbito cardiovascular^{7,16,22}.

Estes cuidados alimentares mínimos, se não atendidos, incidem diretamente sobre o aumento do risco de doenças como a dislipidemia, a obesidade, o DM e a síndrome metabólica e consequentemente, em eventos cardiovasculares obstrutivos, como as Síndromes Coronarianas

Agudas (SCA), o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o Acidente Vascular Encefálico (AVE)^{3,22-23}.

Diante da possibilidade de agravamento de quadros hipertensivos, visto a não adesão a medidas efetivas como uma alimentação saudável observa-se que, com as elevações pressóricas recorrentes, sintomatologias como: cefaleia, visão turva, rubor facial, síncope são situações clínicas que não devem ser ignoradas, enquanto sinais característicos de uma possível emergência hipertensiva^{1,3}.

Neste contexto de gravidade, cabe ressaltar a importância da equipe de enfermagem, seja no âmbito do registro e acompanhamento dos índices pressóricos que devem ser medidos de forma sistematizada e correta, obedecendo-se a todas as etapas de aferição (palpatória, oscilométrica e auscultatória), seja na identificação precoce dos sinais e sintomas associados à assistência de enfermagem cardiovascular^{1,3-4,9}.

É fundamental ainda, a orientação das pessoas cuidadas a respeito da HAS e demais comorbidades no planejamento das atividades de (auto)cuidado, numa abordagem holística e multidimensional, no âmbito individual e coletivo, capaz de orientá-los sobre a importância de mudanças imediatas e gradativas dos hábitos alimentares, bem como as múltiplas alternativas de alimentos saudáveis disponíveis entre frutas, verduras, legumes e fontes proteicas^{9,24}.

Em face do eixo 2, a classe 1 “Conscientizando-se e aceitando-se doente: encarando de frente a dieta em busca de um estilo de vida saudável”, representou 31,5% (29 de 92 UCE) do conteúdo das falas dos participantes, tendo como elementos principais: só, macarrão, comer e feijão. Demonstra-se a compreensão de que a mudança é necessária, visando-se o controle da DCV e prevenindo possíveis complicações associadas:

Eu comecei a comer só pão integral. Frituras e comidas gordurosas eu nunca fui muito de comer. Agora só como peixes, frango, etc. (P09). Eu amo comer, mas, se quero viver, acabou o prazer de comer o que eu gosto. Macarrão, maionese, refrigerante e açúcar não mais. (P34).

Nesta perspectiva, observa-se nas falas apresentadas na classe 1, uma mudança dos participantes nos hábitos alimentares, com a apresentação de discursos mais conscientes a respeito de sua busca contínua por um estilo de vida saudável, ressaltando assim, a importância do conhecimento da pessoa cuidada em relação a sua doença e o tratamento implementado, das complicações que podem ocorrer devido a não mudança no estilo de vida e os resultados da não aderência correta ao tratamento clínico e farmacológico. Deste modo, a pessoa torna-se protagonista do seu próprio cuidado^{4,6-7}.

A educação voltada à saúde deve levar informações sobre as comorbidades, além de estimular reflexões sobre o estilo de vida e saúde, assim como das

ações de (auto)cuidado, sendo uma importante estratégia para possibilitar a aquisição, pela diáde paciente/familiar, de conhecimentos e informações relevantes à QV e saúde cardiovascular. Isto contribui para melhorias sobre os determinantes de saúde e controle de vulnerabilidades, possibilitando uma mudança consciente do estilo de vida, a exemplo, da adoção de hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física, controle dos estressores, abstenção de uso de drogas (i)lícitas, como o tabagismo e o etilismo, e adesão à terapêutica implementada pelos profissionais e serviços da saúde de referência^{2-6,25}.

Por fim, encerrando o eixo 2, a classe 4 “Reeducação alimentar: adoção de hábitos saudáveis necessários à QV e controle da DCV”, incluiu 20,6% (19 de 92 UCE) dos discursos dos hipertensos, com os principais elementos: sal, tirar, gordura e diminuir. Destacam-se a prática de novos hábitos alimentares, como a redução de alimentos considerados não saudáveis, focando-se na qualidade dos alimentos consumidos diariamente.

O médico cortou o sal e a gordura da minha comida. Agora é quase sem sal e sem gordura, nem mesmo na salada tem óleo ou sal. Tudo sem gosto! (P14). Tirei muita coisa da minha alimentação como o arroz, sal, pão e tudo que tem açúcar e farinha. Agora estou mais relacionada, minha dieta está lá em casa. (P18).

Diante das falas apresentadas, percebe-se que há por parte dos participantes, uma conscientização na redução de alimentos que prejudicam os níveis pressóricos, com o aumento na adesão a uma alimentação consciente e saudável para auxiliar no controle da HAS e melhoria na QV. Portanto, eles parecem reconhecer que adquirir um padrão alimentar saudável é uma alternativa que corrobora com o tratamento medicamentoso no controle da HAS e que não basta apenas tomar os remédios, pois é preciso mudar o estilo de vida, os quais são corroborados por investigações que apontam que os níveis pressóricos diminuem quando utilizada uma dieta saudável²⁶⁻²⁷.

Quanto às orientações recebidas pelos participantes, é preocupante a invisibilidade da enfermagem nos discursos colhidos. Posto isso, reitera-se a importância dos princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sobre os quais o enfermeiro assume papel de destaque na gestão das ações de (auto)cuidado, perante a equipe de ESF, estando na linha de frente com os usuários nas mais diversas ações de cuidado e sendo o líder da equipe de ESF^{7-8,16}.

Neste sentido, as ações do enfermeiro atuante na AB no âmbito dos cuidados alimentares, em prol da saúde cardiovascular, devem versar sobre: a consulta de enfermagem individualizada com o acompanhamento dos exames laboratoriais a cada seis meses, controle dos índices pressóricos e glicêmicos, distúrbios dislipidêmicos e possíveis déficits vitamínicos e/ou distúrbios eletrolíticos, atuando na orientação das

adequações dietéticas, com a adoção de uma alimentação saudável, rica em frutas, verduras e legumes, respeitando-se aspectos básicos, como o tripé dietético (hipossódica, hipocalórica/hipodietética e hipolipídica)^{1,3,7,28-29}.

Dessarte, os resultados da presente investigação contribuíram para a prática profissional dos enfermeiros atuantes nos contextos da Enfermagem Cardiovascular, Saúde Coletiva e na AB, isso por que, são elencados alicerces para a compreensão de como as pessoas hipertensas pensam e que comportamentos alimentares tendem a adotar, desse modo influenciando positivamente ou não sobre a sua saúde cardiovascular e controle dos índices pressóricos.

Conclusão

Conclui-se que ao discutir a respeito dos hábitos alimentares de pessoas hipertensas atendidas na AB e suas influências sobre a saúde na perspectiva da assistência de enfermagem cardiovascular, os participantes demonstraram conhecimento dos alimentos considerados saudáveis, bem como dos alimentos não saudáveis. Nota-se um esforço motivacional à adoção de hábitos alimentares mais saudáveis, uma vez que, quando não se alimentam de forma saudável, são percebidos, a curto e médio prazo, os danos causados por uma alimentação desfavorável à sua saúde.

Foi considerada como possível limitação desta investigação, a amostragem final composta por 40 participantes, apesar destes retratarem uma amostra representativa da população total cadastrada e em acompanhamento pela UBS cenário de investigação (N=50) e estarem de acordo com as recomendações mínimas para estudos qualitativos. Como recomendações dos autores para a realização de novas investigações, sugere-se focar em outras realidades, nos mais diferentes delineamentos metodológicos, de modo a contribuir com a ampliação de conhecimentos sobre a temática e, até mesmo, comparações para visualizar fatores que possam contribuir para uma cultura alimentar diferenciada.

Referências

1. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Brazilian Guidelines of Hypertension. *Arq Bras Cardiol.*, 2021;116(3):516-658.
2. Melo LD, Shubo AFMF, Silva LAF, Rodrigues JS, Teixeira ILS, et al. Psychosocial stress and systemic arterial hypertension: social representations in the light of Neuman stressors. *Enferm. Foco.* 2020;11(3):98-104.
3. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, D, Prabhakaran D, et al. International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *J Am Heart Assoc.*, 2020;7(6): 1334-57.
4. Arreguy-Sena C, Santos JC, Marcelo TS, Pinto PF, Dutra HS, Melo LD, Brandão MAG. Social representations of men about self-care and high blood pressure. *Cienc Cuid Saude.* 2021; 20:1-11.
5. Melo LD, Jeremias, JS, Shubo AFMF, Taroco FE, Spindola T, Filho WG, et al. Smoking, Systemic Arterial Hypertension and Pandemic of Covid-19: A Freudian Psychoanalytical Analysis. *Res. Soc. Dev.*, 2020; 9(11): e57891110240.
6. Melo LD, Rodrigues JS, Silva LAF, Fernandes ROM, Lima SMC, Lima HD. Social representations of self-care in antihypertensive pharmacotherapy. *Rev. Recien.* 2021;11(36):352-65.
7. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. *Cadernos de Atenção Básica n°37.* Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. PNAB – Política Nacional de Atenção Básica Serie E. Legislação em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
9. Melo LD, Chagas DDNP, Caldeira EAC, Teixeira ILS, Silva LAF, Rodrigues JS, Taroco FE. Therapeutic Environment and Hypertensive Behaviors of a Basic Care Service. *Res. Soc. Dev.*, 2020; 9(12): e13991210895.
10. Equator Network. Enhancing the QUALity and Transparency of health Research (EQUATOR Network). EQUATOR Network. 2019.
11. Melo LD, Arreguy-Sena C, Gomes AMT, Parreira PMD, Pinto PF, Rocha JCCC. Social representations elaborated by elderly people about being elderly or aged: structural and procedural approaches. *Revista de Enfermagem da UFSM.* 2020; 10(53):1-21.
12. Sousa YSO, Gondim SMG, Carias IA, Batista JS, Machado KCM. The use of the Iramuteq software in the interview data analysis. *Pesqui. Prát. Psicossociais.* 2020; 15(2):1-19.
13. Julião NA, Souza A, Guimarães RRM. Trends in the prevalence of systemic arterial hypertension and health care service use in Brazil over a decade (2008-2019). *Ciênc. Saúde Colet.* (Online)., 2021; 26:4007-19.
14. Carvalho ARD, Souza LRD, Gonçalves SL, Almeida ERFD. Social vulnerability and health crisis in Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2021;; 37(9):e00071721.
15. Bricarello LP, Redontario A, Poltronieri F, Souza AM, Vasconcelos FAG. A dietary approach to control hypertension: reflections on adherence to and possible impacts on public health. *Ciênc. Saúde Colet.*, 2020; 25(4):1421-32.
16. Torres RM, Moreira MCV, Silva RMFL. Propedêutica Cardiovascular na Atenção Básica. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2019. 235p.
17. Fulkerson JA. Fast food in the diet: Implications and solutions for families. *Physiol Behav.* 2018; 193(Part. B):252-6.
18. Zhao Y, Wang L, Xue H, Wang H, Wang Y. Fast food consumption and its associations with obesity and hypertension among children: results from the baseline data of the Childhood Obesity Study in China Mega-cities. *BMC Public Health.* 2017;6(17):933-8.
19. Pires DS, Santos KC, Pinho L. Eating habits of hypertensive people from the perspective of nursing: integrative review. *Rev. Enferm. UFPE online.* 2015;9(Supl.5):8453-60.
20. Vega-Solano J, Blanco-Metzler A, Madriz-Morales K, Fernandes-Nilson EA, Labonté ME. Impact of salt intake reduction on CVD mortality in Costa Rica: A Scenario Modelling Study. *Plos One.* 2021;16(1):1-11.
21. Pickering RT, Bradlee ML, Singer MR, Moore LL. Higher Intakes of Potassium and Magnesium, but Not Lower Sodium, Reduce Cardiovascular Risk in the Framingham Offspring Study. *Nutrients.* 2021; 13(1):269-72.
22. Precoma DB, Oliveira GMMD, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCDO, et al. Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. *Arq. Bras. Cardiol.*, 2019; 113(4):787-891.
23. Izar MCO, Lottenberg AM, Giraldez VZR, Santos Filho RD, Machado RM, Bertolami A, et al. Position Statement on Fat Consumption and Cardiovascular Health - 2020. *Arq. Bras. Cardiol.*, 2021;116(1):160-212.

24. Cavalcante FML, Oliveira IKM, Campos MP, Sousa FWM, Paiva TS, Barros LM. Nursing Theories used in care for hypertensives. *Enferm. Foco*. 2021;12(2):400-6.
25. Oliveira MR, Lago VM. The nursing and multidisciplinary team in the control of systemic arterial hypertension through health education: an integrative review. *Rev. Eletrônica Acervo Saúde*. 2021;13(4):1-12.
26. Rego LS, Rodrigues SSB, Debia N. Nutritional therapy as a support in controlling systemic arterial hypertension: an integrative review. *Braz. J. of Dev.*, 2021;6(10):80992-81004.
27. Anjos KDG, Olinto EOS, Feitosa GAM, Araújo RG. Dash diet in the treatment of systemic arterial hypertension. *Braz. J. Health Rev*. 2021;4(1):621-34.
28. Salomão JO, Galvão ABC, Lau JNF, Nascimento PL, Cabral ID, Silva MM et al. Obesidade, ingestão de sódio e estilo de vida em hipertensos atendidos na ESF. *Brazilian Journal of Health Review*. 2020;3(6):16002-16.
29. Melo LD, Arreguy-Sena C, Oliveira TV, Krempser P, Krepker FF, Pinto PF. Social representations of self-care in the perception of men with diabetes. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2022;21:e58842.