



## Alimentação e qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica

Nutrition and health-related quality of life among people with hypertension

Nutrición y calidad de vida relacionada con la salud de personas con hipertensión arterial

Patrícia Costa dos Santos da Silva<sup>1</sup>, Silvana Maria Coelho Leite Fava<sup>2</sup>, Juliana Pereira Machado<sup>3</sup>, Simone Maria Muniz da Silva Bezerra<sup>4</sup>, Michelle Pita Tavares Gonçalves<sup>1</sup>, Eugenia Velludo Veiga<sup>1</sup>

Foi objetivo analisar a associação entre alimentação e qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica. Estudo descritivo-analítico com 397 pessoas hipertensas cadastradas em uma unidade de estratégia de saúde da família do Sul de Minas Gerais, MG, Brasil, realizado de abril a julho de 2013. Utilizou-se o instrumento Minichal para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde e outro para a alimentação. Encontrou-se o valor médio de 4,2 no domínio estado mental e 3,4 no domínio manifestações somáticas do instrumento Minichal. A maioria apresentou alimentação parcialmente adequada; 67,8% mencionaram não terem recebido orientação ou tratamento para perda de peso; a obesidade esteve presente em 35,5%. Concluiu-se que a alimentação apresentou associação estatisticamente significante com o estado mental.

**Descritores:** Alimentação; Qualidade de vida; Hipertensão; Atenção Primária a Saúde; Enfermagem.

Aimed at analyzing the association between diet and health-related quality of life of people with systemic arterial hypertension. A descriptive-analytic study of 397 hypertensive people conducted from April to July 2013 attended by a family health strategy center unit in south Minas Gerais, MG, Brazil. The Minichal instrument was used for evaluating health-related quality of life and another instrument was used for nutrition. The average value found in the Minichal instrument was 4.2 in the mental state domain and 3.4 in the domain of somatic manifestations. Most participants had partially adequate nutrition; 67.8% mentioned not receiving any advice or treatment for weight loss; obesity was present in 35.5%. It was concluded that diet is significantly associated with mental state.

**Descriptors:** Feeding; Quality of life; Hypertension; Primary Health Care; Nursing.

El objetivo fue analizar la asociación entre nutrición y calidad de vida relacionada con la salud de personas con hipertensión arterial sistêmica. Estudio descriptivo, analítico, con 397 personas hipertensas inscritas en una unidad de la Estrategia de Salud Familiar del sur de Minas Gerais, MG, Brasil, realizado entre abril y julio de 2013. Se utilizó el instrumento Minichal para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y otro para nutrición. Se encontró el valor promedio de 4,2 en el dominio estado mental y 3,4 en el dominio manifestaciones somáticas del instrumento Minichal. La mayoría presentó nutrición parcialmente adecuada; 67,8% afirmaron no recibir orientación o tratamiento para pérdida de peso; la obesidad estuvo presente en 35,5%. En conclusión, la nutrición presentó asociación significativa con el estado mental.

**Descriptores:** Alimentación; Calidad de vida; Hipertensión; Atención Primaria de Salud; Enfermería.

<sup>1</sup>Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, MG, Brasil.

<sup>3</sup>Centro Universitário Barão de Mauá. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup>Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

Autor correspondente: Patrícia Costa dos Santos da Silva

Av. Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Monte Alegre, CEP: 14040-902 - Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: patriciacostaunifenas@hotmail.com

## Introdução

A hipertensão arterial sistêmica afeta cerca de um bilhão de pessoas em todo o mundo, com aproximadamente 7,1 milhões de mortes que podem ser atribuídas anualmente à hipertensão arterial sistêmica. Apesar de silenciosa, a alta prevalência compromete a saúde de grande número de pessoas que exigirão cuidados complexos e dispendiosos, a menos que detectada e tratada adequada e precocemente, desde o início do processo da doença<sup>(1)</sup>.

Estudos científicos têm identificado pior qualidade de vida relacionada à saúde entre as pessoas com hipertensão arterial sistêmica<sup>(2-4)</sup>. No entanto, ainda não se conhece exatamente a relação e a importância de cada um dos fatores responsáveis pela pior percepção da pessoa com hipertensão arterial sistêmica sobre a qualidade de vida relacionada à saúde, principalmente no que diz respeito ao tratamento não-farmacológico, que exige mudanças no estilo de vida. Essas mudanças incluem a adoção de alimentação hipocalórica, redução do peso, prática de atividade física, redução da ingestão de álcool e/ou sal, sendo a forma mais efetiva e que gera menos custos em termos de saúde pública<sup>(5-6)</sup>.

Recente revisão sistemática da literatura examinou se houve avaliação adequada dos efeitos de intervenções dietéticas na qualidade de vida relacionada à saúde, independentemente da perda de peso e quais instrumentos são utilizados para medir a qualidade de vida relacionada à saúde e à nutrição, bem como identificar as lacunas na literatura, além de sugerir direções futuras<sup>(7)</sup>. Esse estudo destaca ainda a importância de se considerar que as recomendações alimentares de forma geral para todos os indivíduos podem afetar a qualidade de vida relacionada à saúde em ambos os sentidos, positivos e negativos, quando se considera não haver perda de peso e melhoria da saúde<sup>(7)</sup>.

Nesse sentido, observam-se escassos estudos que avaliam a influência da alimentação na qualidade de vida relacionada à saúde entre pessoas com hiper-

tensão arterial sistêmica. Considerando a importância desse tipo de investigação para compreender melhor a percepção das pessoas com hipertensão arterial sistêmica, bem como investigar os comportamentos que influenciam seu estilo de vida, busca-se estudar a associação entre alimentação e qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas com hipertensão arterial sistêmica, cadastradas em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família de um município da região Sul do Estado de Minas Gerais.

O objetivo deste estudo foi analisar a associação entre a alimentação e a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica cadastradas em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família.

## Método

Estudo descritivo-analítico, de abordagem quantitativa realizado de abril a julho de 2013, em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família de um município localizado no Sul de Minas Gerais, integra um estudo maior intitulado: "Qualidade de vida relacionada à saúde entre hipertensos atendidos em unidades de estratégia de saúde da família", realizado junto ao Grupo de Pesquisa Oficina de Projetos em Esfigmomanometria da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

A população de estudo foi representada por 2599 pessoas cadastradas de ambos os sexos (1207 homens e 1392 mulheres). Dessas, 1956 (890 homens e 1066 mulheres) estavam compreendidas na faixa etária acima de 18 anos. Desse universo, 512 pessoas (26,1%) apresentaram diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica, sendo 210 homens e 302 mulheres. Inicialmente, foi realizado um estudo piloto com 30 pessoas com hipertensão arterial sistêmica cadastradas no sistema Hiperdia da Unidade de Estratégia de Saúde da Família e que não fizeram parte do estudo, sendo o objetivo de tal estudo obter dados para o cálculo da amostra e verificar a melhor forma de coletar e registrar os dados, identificar a compre-

ensão das pessoas às questões, assim como verificar a necessidade de adequação do vocabulário. Posteriormente, foram realizadas adequações no instrumento, que passou por um processo de refinamento (validação de aparência), com a finalidade de verificar se seus itens representavam o universo do conteúdo e se permitiriam alcançar o objetivo proposto.

A amostra foi calculada pelo *Open Epi, Version 2*, após a execução do estudo piloto. Ao  $n = 369$ , foram acrescentados mais 20% de participantes, totalizando 443 pessoas. Esse acréscimo é considerado importante para garantir que, mesmo na ocorrência de perdas, o poder estatístico se mantenha em 80%. Dessa forma, a população foi composta de 512 pessoas com hipertensão arterial sistêmica, sendo sorteadas 443 pessoas que fizeram parte da amostra do estudo. Das 443 pessoas sorteadas para o estudo, 46 não atenderam aos critérios estabelecidos, totalizando uma amostra constituída por 397 pessoas.

Os critérios de inclusão foram: estar cadastrada na Unidade de Estratégia de Saúde da Família, ter 18 anos de idade ou mais e possuir o diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica. Como critérios de exclusão: pessoas que não apresentavam condições para responder às questões e ou que, após três visitas não se encontravam no domicílio.

Para a coleta de dados, foram selecionados entrevistadores (alunos do oitavo período do curso de Enfermagem e enfermeiros), os quais foram treinados pela pesquisadora responsável pelo estudo quanto ao preenchimento do instrumento e avaliação antropométrica. Um questionário foi utilizado para a avaliação das características sociodemográficas, assim como o instrumento específico Minichal para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde<sup>(8)</sup>.

Esse instrumento foi traduzido e validado para ser aplicado na população brasileira. O Minichal avalia os domínios relacionados ao estado mental (9 questões) e a manifestações somáticas (7 questões). Apresenta uma questão subjetiva para verificar como o indivíduo avalia que a hipertensão arterial sistêmica e o seu tratamento têm influenciado em sua qualidade de

vida relacionada à saúde. As respostas dos domínios e da questão subjetiva estão distribuídas em uma escala de frequência do tipo *Likert*, com quatro opções de respostas de 0 (Não, absolutamente) a 3 (Sim, muito). Nessa escala, quanto mais próximo a 0 estiver o resultado, melhor a qualidade de vida relacionada à saúde. O domínio estado mental compreende as questões de 1 a 9, sendo a pontuação máxima de 27 pontos. O domínio manifestações somáticas compreende as questões de 10 a 16 e tem pontuação máxima de 21 pontos<sup>(8)</sup>.

Para a avaliação alimentar, foi utilizado o questionário proposto pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, fornecido pelo Ministério da Saúde, para incentivo a uma alimentação saudável<sup>(9)</sup>. Esse questionário inclui 18 questões sobre características relacionadas ao padrão alimentar, à prática de atividade física, à ingestão hídrica e de bebidas alcoólicas, sendo que, para o cálculo da pontuação total, deve-se observar a resposta e somar a pontuação correspondente. Esse guia foi elaborado baseando-se no cenário epidemiológico atual (transição epidemiológica e nutricional), tendo como propósito promover orientações alimentares que visem à promoção da saúde e à prevenção de doenças relacionadas à alimentação. Como doenças crônicas não-transmissíveis, há o diabetes *mellitus*, a obesidade, as doenças cardiovasculares, o câncer e a hipertensão arterial sistêmica<sup>(9)</sup>. Para efetuar a categorização dos hábitos alimentares, verificou-se a pontuação obtida: até 28 pontos, há a necessidade de tornar a alimentação e os hábitos de vida mais saudáveis, ou seja, a alimentação está inadequada. De 29 a 42 pontos: há a necessidade de atenção à alimentação e a outros hábitos como atividade física e consumo de líquidos, ou seja, a alimentação está parcialmente adequada. De 43 pontos ou mais: encontra-se uma alimentação adequada<sup>(9)</sup>.

Para o cálculo do índice de massa corporal, os dados antropométricos como altura e peso foram mensurados. O peso corporal (Kg) foi verificado com a pessoa trajando roupas leves; em posição ereta; sem calçados; com os pés juntos e os braços posicionados

ao longo do corpo; com as palmas das mãos voltadas para a perna<sup>(10)</sup>. O peso foi aferido uma única vez, utilizando-se balança digital portátil, com capacidade máxima de 150Kg e variação de 100g. A estatura (cm) foi medida com a fixação de uma fita métrica inelástica em uma superfície vertical sem rodapés; com o indivíduo descalço; sem adornos na cabeça; em pé; com os calcanhares unidos, e estes com os glúteos, com os ombros e com a cabeça tocando a superfície vertical da parede, adotando-se a linha de visão horizontal no momento da inspiração<sup>(10)</sup>.

O índice de massa corporal (IMC) foi calculado com as medidas de peso e de altura, de acordo com a fórmula  $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2(\text{cm})$ . Os pontos de corte de IMC adotados foram baixo peso ( $IMC < 18,5$ ); eutrofia ( $IMC 18,5-24,9\text{kg/m}^2$ ); sobrepeso ( $25,0\text{kg/m}^2 \leq IMC \leq 29,9\text{kg/m}^2$ ) e obesidade ( $IMC \geq 30\text{kg/m}^2$ )<sup>(11)</sup>.

A aplicação do formulário ocorreu nas residências das pessoas com hipertensão arterial sistêmica, após agendamento, a fim de se evitar interferência nas atividades diárias.

Os dados foram analisados de forma quantitativa e descritiva, sendo digitados, em dupla entrada, armazenados em planilha eletrônica *Excel*. A seguir, verificou-se a consistência dos campos retornando à entrevista original, quando necessário, para correção.

Para verificar a associação entre a alimentação e a qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica, os dados foram inseridos no *Software SPSS* versão 15.0. Para a escolha dos testes, primeiramente foi realizado o teste de *Kolmogorov Smirnov* para se verificar a normalidade da distribuição da amostra: como a amostra não apresentou distribuição normal foi utilizado o teste não paramétrico *Kruskall-Wallis*. Em todas as análises, considerou-se nível de significância de 5%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, segundo o protocolo nº 02313012.4.0000.5393.

## Resultados

Os dados deste estudo revelaram predominância do sexo feminino (244; 61,5%). Em relação à faixa etária, três (0,8%), com faixa etária entre 19 a 29 anos; cinco (1,3%), entre 30 a 39 anos; 40 (10%), entre 40 a 49 anos; 96 (24,2%), entre 50 a 59 anos e 253 (63,7%), acima de 60 anos.

Constatou-se que, quanto ao estado marital, 40 (10,1%) são solteiros; 228 (57,4%) são casados ou em união estável; 34 (8,6%) são divorciados ou separados; 95 (23,9%) são viúvos. Em relação à renda mensal familiar, 37 (9,6%) recebem menos de um salário mínimo; 190 (49,2%), de um a dois salários mínimos; 85 (22%), acima de dois salários até três salários mínimos; 74 (19,2%), acima de três salários mínimos e 11 (2,8%) não souberam informar.

Quanto à escolaridade, 31 (7,8%) são analfabetos; 210 (53%) possuem ensino fundamental incompleto; 76 (19,1%) possuem o ensino fundamental completo; 16 (4,0%) possuem ensino médio incompleto; 37 (9,3%) possuem o ensino médio completo e 27 (6,8%) possuem o ensino superior completo. Com referência à ocupação, 105 (26,4%) não exercem atividade remunerada e 292 (73,6%) exercem atividade remunerada.

Em relação ao Índice de Massa Corpórea, na Tabela 1, pode-se observar predomínio do IMC acima de 25, com 158 (39,8%) classificados como sobrepeso e 141 (35,5%) classificados como obesidade.

**Tabela 1** - Distribuição das pessoas com hipertensão arterial sistêmica, segundo as variáveis Índice de Massa Corpórea

Índice de massa corpórea (n=394)* Kg/m <sup>2</sup>	n (%)	Mediana	Amplitude	Média	Desvio padrão
Baixo peso ( $\leq 18,5$ )	6 (1,5)	28,2	15,2 a 50,3	28,8	5,4
Eutrofia (18,5 a 24,9)	89 (22,4)				
Sobrepeso (25 a 29,9)	158 (39,8)				
Obesidade ( $\geq 30$ )	141 (35,5)				

\*Três participantes não tiveram o IMC calculado, devido à dificuldade em permanecer em pé, para efetuar as mensurações

Na tabela 2, em relação aos dados referentes ao recebimento de orientação ou de tratamento para perda de peso, a maioria não recebeu nenhum tipo de orientação ou tratamento. Quanto à dieta, a maioria não realiza nenhum tipo de dieta especial. Referente à alimentação, a maioria apresenta alimentação parcialmente adequada. Na escala da alimentação, a mediana foi de 39 pontos, com valores que variaram de 23 a 52,3, com média de 39 pontos e desvio-padrão de 5,6 pontos.

**Tabela 2** - Distribuição das pessoas com hipertensão arterial sistêmica (n=397), segundo orientação ou tratamento para perda de peso, dieta especial, tipo de dieta e alimentação

Variáveis	n (%)
Recebeu orientação ou tratamento para perder peso	
Sim	128 (32,2)
Não	269 (67,8)
Faz alguma dieta especial	
Sim	141 (35,5)
Não	256 (64,5)
Tipo de dieta realizada	
Para diabético	40 (10,1)
Para diabético e hipossódica	16 (4,0)
Hipolipídica	4 (1,0)
Hipossódica	60 (15,1)
Para perder peso	18 (4,5)
Intolerância à lactose	1 (0,3)
Nenhum tipo	256 (64,5)
Outras (laxativa, úlcera)	2 (0,5)
Alimentação (pontos)	
Inadequada	17 (4,3)
Parcialmente adequada	277 (69,8)
Adequada	103 (25,9)

Neste estudo, quanto aos resultados sobre a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica, estes foram obtidos por meio do instrumento Minichal os valores do domínio estado mental, variando de 0 a 26, com valor médio de 4,2.

Em relação ao outro domínio, manifestações somáticas, encontrou-se amplitude de 0 a 18, com valor médio de 3,4, sendo que o escore de variação para este domínio é de 0 a 18, o que define que quanto mais

próximo de zero, melhor é a qualidade de vida relacionada à saúde; por outro lado, quanto mais próximo de 18, pior é a qualidade de vida relacionada à saúde.

A última questão do Minichal, questão nº 68, “Você diria que sua hipertensão arterial sistêmica e o tratamento têm afetado a sua qualidade de vida?”, apresentou média de 0,2.

Apresenta-se na Tabela 3, os níveis de alimentação proposto no questionário indicado no Guia Alimentar do Ministério da Saúde, cujos resultados (inadequado, parcialmente adequado e adequado) foram associados aos domínios estado mental e manifestações somáticas. Obteve-se associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), indicando que pessoas com alimentação inadequada, apresentam pior qualidade de vida relacionada à saúde.

**Tabela 3** - Alimentação, estado mental e manifestações somáticas da escala Minichal

Alimentação (pontos)	Estado Mental				Manifestações somáticas			
	P25*	Mediana	P75**	Valor-p	P25	Mediana	P75	Valor-p
Inadequada ≤ 28	2,5	5,0	9,0	0,001***	-	3,0	6,5	0,067***
Parcialmente adequada (29 a 42)	1,0	3,0	7,0		-	3,0	5,5	
Adequada ≥ 43	-	1,0	3,0		-	1,0	3,0	

\*Percentil 25; \*\* Percentil 75; \*\*\**Teste de Kruskal Wallis*

## Discussão

O presente estudo mostrou predomínio de mulheres, na faixa etária acima de 60 anos, mostrando que o percentual mais elevado de hipertensão arterial sistêmica encontrado entre as mulheres pode estar relacionado à maior tendência delas para o autocuidado e a maior procura pelos serviços saúde entre as mulheres, quando comparadas aos homens. O baixo percentual dos homens no estudo, de forma geral, aponta para a necessidade de maior articulação entre a utilização dos sistemas de informações epidemiológicas com o campo da investigação científica, visando ao



aperfeiçoamento de elaboração, à avaliação e ao monitoramento de políticas voltadas à saúde do homem<sup>(12)</sup>.

No que tange ao estado marital, os resultados apresentados evidenciam prevalência de pessoas com hipertensão arterial sistêmica casadas ou que moram com companheiro, o que evidencia semelhança ao estudo que investigou a presença de depressão, a capacidade para realizar as atividades da vida diária e a função cognitiva entre idosos com hipertensão arterial sistêmica, desenvolvido na mesma região geográfica<sup>(13)</sup>. Quando se trata de pessoas casadas ou que vivem com companheiro, a literatura afirma que os profissionais da saúde devem estimular a participação do cônjuge ou do companheiro no apoio ao cuidado desse familiar no tratamento da hipertensão arterial sistêmica, e assim favorecer maior adesão ao tratamento e consequente controle da doença<sup>(14)</sup>.

Quanto à escolaridade, o maior percentual de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (53,3%) possui o ensino fundamental incompleto, refletindo baixa escolaridade. Estes dados corroboram com outros estudos em que as pessoas com hipertensão arterial sistêmica têm menos de quatro anos de estudo<sup>(13-15)</sup>. Nesse contexto, a equipe multiprofissional deve identificar as possíveis dificuldades relacionadas ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, pois a baixa escolaridade pode ser um obstáculo à compreensão e à aprendizagem das orientações recebidas<sup>(14)</sup>.

Em relação à ocupação, a maioria mencionou não realizar atividade remunerada, o que pode ser atribuído ao fato do grande número de participantes serem mulheres e que exercem atividade do lar. Estudo internacional, que avaliou a qualidade de vida relacionada à saúde entre pessoas com hipertensão arterial sistêmica, em relação à ocupação, encontrou 37,1% de desempregados; 13% empregados; 26,7% funcionários públicos; 12,2% autônomos e 10,6%, outros<sup>(16)</sup>.

O presente estudo detectou que a maioria dos participantes apresentava IMC acima de 25 Kg/m<sup>2</sup>. A obesidade revelou-se alarmante entre os entrevistados.

Estudo internacional mostrou prevalência de obesidade estimada como sendo de 19,9% em adultos com idades entre 18-64 anos<sup>(17)</sup>. Além disso, existe relação entre o IMC e a PA, sendo a obesidade prevalente em populações de hipertensos em todo mundo<sup>(18-19)</sup>.

Referente à avaliação alimentar, evidenciou-se que a maioria apresentou alimentação parcialmente adequada. A população brasileira, por viver em um país em desenvolvimento ainda sofre as consequências da alimentação inadequada, como fome, desnutrição e obesidade. Por outro lado, verifica-se que os hábitos saudáveis de alimentação estão inseridos em estruturas culturais, econômicas e políticas, que nem sempre são passíveis de mudanças. Para que essas mudanças possam ocorrer, é fundamental maior ênfase na promoção de políticas dirigidas aos determinantes desses hábitos<sup>(20)</sup>.

Outro fato que chama a atenção é que, apesar de a maioria dos participantes apresentarem IMC acima de 25 Kg/m<sup>2</sup> e estarem cadastrados em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família, a maioria também relatou que nunca recebeu qualquer tipo de orientação para o controle ou para a perda de peso ou faz alguma dieta especial. Vale salientar ser importante que esses resultados possam servir para subsidiar estratégias educativas e/ou ações que venham a contribuir para a uma alimentação mais saudável.

Quanto à qualidade de vida relacionada à saúde, pôde-se observar, ao comparar os resultados deste estudo com outras pesquisas nacionais e internacionais que utilizaram o Minichal, na média obtida nos domínios estado mental e manifestações somáticas, dados semelhantes<sup>(8,21)</sup>.

Na presente investigação, observou-se, por meio do teste *Kruskal Wallis*, haver diferença estatisticamente significativa no domínio estado mental da escala Minichal e avaliação alimentar. Também foram encontrados maiores escores no domínio estado mental entre as pessoas com hipertensão arterial sistêmica que possuem alimentação inadequada, ou seja, possuem qualidade de vida relacionada à saúde inferior em relação àqueles que fazem alimentação adequada

e parcialmente adequada.

Em recente revisão sistemática, que reuniu 24 estudos, sobre as intervenções alimentares e a qualidade de vida relacionada à saúde, com base nas conclusões, observou-se falta de dados para apoiar se a implementação de uma dieta alimentar afeta positiva ou negativamente a percepção em relação à qualidade de vida relacionada à saúde. Embora seja amplamente aceito que inexistente desvantagem em incentivar pessoas saudáveis, com sobrepeso e obesos a comerem frutas, vegetais ou comer menos calorias, os resultados desta revisão sugerem que ainda não está claro se realizar mudanças na alimentação se traduz em melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde, independentemente de o indivíduo perder peso ou não<sup>(7)</sup>.

Apesar de os estudos que avaliaram a qualidade de vida relacionada à saúde utilizando a escala Minichal enfatizarem a importância da alimentação na prevenção e no tratamento da hipertensão arterial sistêmica, nenhum deles utilizou instrumentos específicos para avaliar a alimentação, sendo encontrados com frequência os indicadores antropométricos, como IMC, circunferência abdominal, relação cintura-quadril para avaliar a obesidade e, conseqüentemente, o padrão alimentar<sup>(8,15,22-24)</sup>.

Como limitação deste estudo, pode-se mencionar o fato de abranger apenas uma unidade de estratégia de saúde da família, que foi inserida por conveniência. Logo, propõe-se que outras pesquisas sejam desenvolvidas, com vistas a conhecer a alimentação e a associação com a qualidade de vida relacionada à saúde em outras comunidades. Pesquisas como esta podem servir de referencial para estudos adicionais no sentido de implementar estratégias educativas que motivem a população a adquirir hábitos alimentares mais saudáveis.

## Conclusão

Constatou-se o predomínio do sexo feminino, na faixa etária entre 50 a 69 anos; ensino fundamental incompleto; tempo de diagnóstico de Hipertensão

Arterial Sistêmica com mais de 10 anos. O sobrepeso e a obesidade constituem uma realidade entre as pessoas com hipertensão arterial sistêmica. Além disso, a maioria referiu não ter recebido orientações ou tratamento para perda de peso e consumir uma alimentação parcialmente adequada.

Verificou-se associação estatisticamente significativa apenas no domínio estado mental da escala Minichal e a alimentação por meio da utilização do teste estatístico *Kruskall Wallis*.

Torna-se fundamental a atuação da equipe da estratégia de saúde da família, especialmente dos enfermeiros, na educação em saúde, com estratégias adequadas às condições socioculturais, visando à promoção da saúde e estimulando a aquisição de hábitos alimentares saudáveis que fazem parte do tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

## Colaborações

Silva PCS e Fava SMCL contribuíram na concepção do estudo, revisão de literatura, análise dos dados e redação do artigo. Machado JP e Bezerra SMMS contribuíram na revisão crítica e redação final do artigo. Gonçalves MPT contribuiu na análise crítica do artigo. Veiga EV contribuiu na concepção do estudo, revisão crítica e redação final do artigo.

## Referências

1. Theodorou M, Kaitelidou D, Galanis P, Middleton N, Theodorou P, Stafylas P, et al. Quality of life measurement in patients with hypertension in Cyprus. *Hellenic J Cardiol*. 2011; 52(5):407-15.
2. Saleem F, Hassali MA, Shafie AA. A cross-sectional assessment of health-related quality of life (HRQoL) among hypertensive patients in Pakistan. *Health Expect*. 2014;17(3):388-95.
3. Trevisol DJ, Moreira LB, Fuchs FD, Fuchs SC. Health-related quality of life is worse in individuals with hypertension under drug treatment: results of population-based study. *J Hum Hypertens*. 2012;26(6):374-80.

4. Carvalho MV, Jardim PCB, Sousa ALL. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. *Arq Bras Cardiol.* 2013; 100(2):164-74.
5. Mensah GA, Bakris G. Treatment and control of high blood pressure in adults. *Cardiol Clin.* 2010; 28(4):609-22.
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95:1-51.
7. Carson TL, Hidalgo B, Ard JD, Affuso O. Dietary interventions and quality of life: a systematic review of the literature. *J Nutr Educ Behav.* 2014; 46(2):90-101.
8. Schulz RB, Rossignoli P, Correr CJ, Fernández-Llimós F, Toni PM. Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). *Arq Bras Cardiol.* 2008; 90(2):139-44.
9. Ministério da Saúde (BR). Guia de alimentação [internet]. 2012 [citado 2014 out 16]. Disponível em: [nutricao.saude.gov.br/teste\\_alimentacao.php](http://nutricao.saude.gov.br/teste_alimentacao.php)
10. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K, et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44(5):901-11.
11. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization [Internet]. 1995 [cited 2014 Out 16]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_854.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf?ua=1)
12. Schwarz E, Gomes R, Couto MT, Moura EC, Carvalho SA, Silva SFC. Política de Saúde do Homem. *Rev Saúde Pública.* 2012; 46(1):108-16.
13. Silva PCS, Monteiro LA, Graciano ADS, Terra FS, Veiga EV. Assessment of depression in elderly with systemic hypertension. *Rev Rene.* 2014; 15(1):151-7.
14. Tavares DMS, Martins NPF, Dias FA, Diniz MA. Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial. *Rev Eletr Enf [periódico na Internet].* 2011 [citado 2014 out 16];13(2):211-8. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/pdf/v13n2a07.pdf>
15. Bezerra SMMS, Veiga EV. Quality of life among people with hypertension served in units of family health strategies. *J Nurs UFPE on line [periódico na Internet].* 2013 [cited 2014 Out 16]; 7(12):7055-63. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5203/pdf\\_4254](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5203/pdf_4254)
16. Ucan O, Ovayolu N. Relationship between diabetes mellitus, hypertension and obesity, and health-related quality of life in Gaziantep, a central south-eastern city in Turkey. *J Clin Nurs.* 2010; 19(17/18):2511-9.
17. Sardinha LB, Santos DA, Silva AM, Coelho-e-Silva MJ, Raimundo AM, Moreira H, et al. Prevalence of overweight, obesity, and abdominal obesity in a representative sample of Portuguese adults. *PLoS One.* 2012; 7(10):47883.
18. Nguyen T, Lau DC. The obesity epidemic and its impact on hypertension. *Can J Cardiol.* 2012; 28(3):326-33.
19. Vyssoulis GP, Karpanou EA, Liakos CI, Kyvelou SM, Tzamou VE, Michaelides AP, et al. Cardiovascular risk factor(s) prevalence in Greek hypertensives. Effect of gender and age. *J Hum Hypertens.* 2012; 26(7):443-51.
20. Vinholes DB, Assunção MCF, Neutzling MB. Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 Passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde: Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(4):791-9.
21. Badia X, Roca-Cusachs À, Dalfó A, Gascón G, Abellán J, Lahoz R, et al. Validation of the short form of the Spanish Hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). *Clin Ther.* 2002; 24(12):2137-54.
22. Melchioris AC, Correr CJ, Pontarolo R, Santos FOS, Souza RAP. Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do MINICHAL-Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 94(3):357-64.
23. Soutello ALS, Rodrigues RCM, Jannuzzi FF, Spana TM, Gallani MCBJ, Junior WN. Psychometric performance of the Brazilian version of the Mini-cuestionario de calidad de vida en la hipertensión arterial (MINICHAL). *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011; 19(4):855-64.
24. Bündchen DC, Santos RZ, Antunes MH, Souza CA, Herdy AH, Benetti M, et al. Quality of life among hypertensive patients in outpatient treatment and exercise programs. *Rev Bras Cardiol.* 2010; 23(6):344-50.