

RENDA E HÁBITO ALIMENTAR DE PESSOAS HIPERTENSAS

INCOME AND EATING HABITS OF HYPERTENSIVE PEOPLE

INGRESOS Y HÁBITOS ALIMENTICIOS DE LAS PERSONAS HIPERTENSAS

Cleise Cristine Ribeiro Borges Oliveira¹
Alana de Souza Reis Carneiro²
Tatiane Araújo dos Santos³
Elieusa e Silva Sampaio⁴
Mariana de Almeida Moraes⁵
Cláudia Geovana da Silva Pires⁶

Como citar este artigo: Oliveira CCRB, Carneiro ASR, Santos TA, Sampaio ES, Moraes MA, Pires CGS. Renda e hábito alimentar de pessoas hipertensas. Rev baiana enferm. 2021;35:e42157.

Objetivo: verificar associação entre renda e hábitos alimentares de pessoas hipertensas em Multicentro de Saúde na cidade de Salvador, Bahia. **Método:** estudo transversal, com 221 hipertensos. Coletaram-se dados sociodemográficos e de hábitos alimentares, por meio de entrevista e instrumento padronizado, no período de julho a dezembro de 2017. Realizou-se análise bivariada utilizando teste Qui-quadrado de Pearson. O nível de significância estatístico adotado foi de 5%. **Resultados:** predominou consumo de verduras ou legumes (69,1%) e frutas (57,6%) em frequência menor que cinco dias/semana, e uso de produtos substitutivos do sal (69,6%) por pessoas com renda inferior a um salário mínimo; constatadas associações estatisticamente significantes ($p=0,027$, $p=0,003$, $p=0,043$, respectivamente). **Conclusão:** a associação entre renda e hábitos alimentares de pessoas hipertensas mostrou que aquelas com renda menor que um salário mínimo consumiam com menor frequência frutas e verduras ou legumes e faziam uso de produtos substitutivos do sal.

Descritores: Hipertensão. Renda. Economia da Saúde. Comportamento Alimentar.

Objective: to verify an association between income and eating habits of hypertensive people in Health Multicenter (Multicentro de Saúde in Portuguese) in the city of Salvador, Bahia. Method: cross-sectional study with 221 hypertensive patients. Sociodemographic and eating habits data were collected through interviews and a standardized instrument from July to December 2017. Bivariate analysis was performed using Pearson's Chi-square test. The level of statistical significance adopted was 5%. Results: predominance of consumption of vegetables (69.1%) and fruits (57.6%) less than five days/week, and use of salt substitute products (69.6%) by people with an income of less than one minimum wage; statistically significant associations were found ($p=0.027$, $p=0.003$, $p=0.043$, respectively). Conclusion: the association between income and eating habits of hypertensive people showed that those with income lower than a minimum wage consumed fruits and vegetables less frequently and used salt substitute products.

Descriptors: Hypertension. Income. Health Economics. Feeding Behavior.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. cleiscristine@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-0946-5627>.

² Enfermeira. Pesquisadora Independente. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4909-5755>.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Assistente da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0747-0649>.

⁴ Enfermeira. Doutora em Medicina. Professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1702-7296>.

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0581-974X>.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0001-9309-2810>.

Objetivo: verificar una asociación entre los ingresos y los hábitos alimenticios de las personas hipertensas en Multicentro de Saúde en la ciudad de Salvador, Bahía. Método: estudio transversal con 221 pacientes hipertensos. Los datos sociodemográficos y de hábitos alimenticios se recopilaron a través de entrevistas y un instrumento estandarizado de julio a diciembre de 2017. El análisis bivariante se realizó mediante la prueba Chi-square de Pearson. El nivel de significación estadística adoptado fue del 5%. Resultados: predominio del consumo de hortalizas (69,1%) y frutas (57,6%) menos de cinco días/semana, y el uso de productos sustitutos de la sal (69,6%) por personas con ingresos inferiores a un salario mínimo; se encontraron asociaciones estadísticamente significativas ($p=0,027$, $p=0,003$, $p=0,043$, respectivamente). Conclusión: la asociación entre los ingresos y los hábitos alimenticios de las personas hipertensas demostró que aquellos con ingresos más lentos que un salario mínimo consumían frutas y verduras con menos frecuencia y usaban productos sustitutos de la sal.

Descriptores: Hipertensión. Renta. Economía de la Salud. Conducta Alimentaria.

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), problema de saúde pública com elevada prevalência e baixas taxas de adesão ao tratamento, é importante fator de risco cardiovascular que afeta 32,5% da população brasileira⁽¹⁾. Na cidade de Salvador, Bahia, Brasil, por intermédio da pesquisa do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico no Brasil (Vigitel Brasil), no ano de 2019, 25,2% da população maior de 18 anos referiram diagnóstico médico de HAS⁽²⁾.

Essa prevalência de HAS varia conforme características sociodemográficas. Para adultos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, esse predomínio foi menor para pessoas da cor parda (21,4%) e maior para a cor preta (25,8%)⁽³⁾. Observa-se também existência de potencial evidência de associação entre renda, atividade ocupacional, escolaridade e controle da hipertensão arterial⁽⁴⁾.

Os hábitos alimentares têm impacto relevante na prevenção e no controle da HAS. No Brasil, identifica-se dieta com excesso de calorias provenientes de açúcares livres e gorduras saturadas e menor consumo de frutas, legumes e verduras⁽⁵⁾. Óleos, gorduras, sal e açúcar são produtos alimentícios com alto teor de nutrientes, mas podem ser prejudiciais para a saúde, uma vez que o consumo excessivo de sódio e gorduras saturadas aumenta o risco de Doenças Cardiovasculares (DCV)⁽⁶⁾.

Esse hábito alimentar inadequado pode estar associado a diversos fatores socioeconômicos, dentre os quais se destaca o poder aquisitivo.

A escolha da alimentação pode estar diretamente relacionada à renda familiar. Pessoas com baixa renda tendem a apresentar menor acesso à alimentação adequada. Este fato torna-as predispostas ao desenvolvimento de hipertensão arterial, além de torná-las mais susceptíveis a novos fatores de risco para complicações da doença, já que a alimentação saudável constitui elemento importante tanto na prevenção como no tratamento da HAS. Contrariamente, os indivíduos com maior renda apresentam oportunidade para alimentação mais saudável, com maior quantidade de frutas, legumes e verduras e menor exposição aos fatores de risco para hipertensão ou complicações desta⁽⁷⁾.

Logo, a realização de estudos dessa natureza é importante e necessária, para que seja possível identificar o hábito alimentar da população, de acordo com a situação de renda. Caso haja necessidade, deve-se realizar planejamentos e intervenções para pessoas em condições de renda mais expostas ao hábito alimentar inadequado, no intuito de estimular a adoção de comportamento alimentar saudável. Esse processo constitui-se relevante para adequação e manutenção de níveis da pressão arterial satisfatórios à saúde e, conseqüentemente, para o controle da HAS⁽⁸⁾. Além disso, poucos são os estudos que abordam a relação entre o hábito alimentar e a condição socioeconômica de pessoas hipertensas^(5,7,9).

Com base no exposto e considerando a escassez, no Brasil, de estudos que estabeleçam uma relação entre renda e hábito alimentar de pessoas hipertensas, objetivou-se verificar a

associação entre renda e hábitos alimentares de pessoas hipertensas em Multicentro de Saúde na cidade de Salvador, Bahia.

Método

Estudo transversal realizado em Multicentro de Saúde situado no bairro da Liberdade, um dos mais populosos da cidade de Salvador, Bahia, Brasil, com 35.704 pessoas de raça/cor negra autodeclarada, correspondendo a 85,41% da população dessa localidade⁽¹⁰⁾. O Multicentro atende à clientela hipertensa e diabética frequentadora do Serviço de Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde, que atua de forma complementar à rede de atenção básica e oferece atendimento médico nas seguintes especialidades: clínica geral, ortopedia, pediatria, ginecologia, oftalmologia, endocrinologia, entre outras. Além disso, oferta atendimento de nutricionista, psicólogo e assistente social.

A amostra foi constituída por pessoas de ambos os sexos, com diagnóstico médico de HAS (CID: I-10) que frequentavam o Multicentro de Saúde. Calculou-se amostra aleatória simples sem reposição, com o objetivo de encontrar a proporção de indivíduos maiores de 18 anos com diagnóstico de HAS em Serviço Público de Saúde em Salvador (BA).

Adotou-se a prevalência de 25,5% de HAS, em Salvador, em maiores de 18 anos, obtida com base nos resultados do Vigitel⁽¹¹⁾, em que se admitiu erro amostral de 5% ($d=0,05$), sob o nível de confiança de 95%. No denominador, utilizou-se o total de pacientes cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), durante o período de 1º de janeiro de 2003 (ano em que o sistema começou a ser alimentado) a 14 de abril 2014. Considerou-se perda de 20% para reposição. Assim, a população do estudo foi constituída por 221 indivíduos com diagnóstico de HAS + 20% de reposição ($n=264$). O uso da reposição somente seria indicado nas situações em que os questionários fossem preenchidos incorretamente ou com grande quantidade de questões sem informação. As recusas (que não ocorreram) seriam contabilizadas como parte da amostra.

Obedeceram-se aos seguintes critérios de inclusão: pessoas com diagnóstico médico de HAS (CID:I-10) e que frequentavam o Multicentro de Saúde pesquisado para consultas e/ou retirada de medicamentos, por meio de receita, no período da coleta de dados da pesquisa, e com idade igual ou maior a 18 anos. Como critérios de exclusão, estabeleceram-se gestantes, com sequelas motoras e distúrbios psiquiátricos e/ou cognitivos, de acordo com diagnóstico previamente definido, pois poderiam comprometer os resultados da pesquisa.

A coleta de dados, realizada por duas bolsistas de iniciação científica devidamente treinadas e/ou a pesquisadora responsável pelo projeto matriz, ocorreu no período de julho a dezembro de 2017. Os participantes foram selecionados e abordados de forma aleatória na sala de espera do local de realização do estudo, enquanto aguardavam atendimento para consulta com médico ou enfermeiro, no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos e/ou na farmácia, no momento da dispensação de medicamentos.

As responsáveis pela coleta perguntavam aos participantes se tinham diagnóstico médico de HAS há pelo menos seis meses. Após confirmação no cartão de registro do serviço, fazia-se o convite para participar da pesquisa. Em seguida, orientava-se sobre o objetivo da pesquisa. Em caso de aquiescência, o participante era encaminhado para sala privativa disponibilizada pela Direção do local de pesquisa. Após leitura, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – disponibilizava-se uma via para cada participante –, a entrevista era iniciada face a face. Cada entrevista durava em torno de 30 minutos. Ao término, agradecia-se ao participante pela contribuição ao estudo. Assegurou-se a liberdade de participação, sem causar constrangimentos ou represálias.

As entrevistas foram realizadas para investigar características sociodemográficas, como sexo (feminino; masculino); idade em anos (menor que 60 anos; maior ou igual a 60 anos); raça/cor autodeclarada (negra; não negra); renda familiar mensal (menor que um salário mínimo; maior ou

igual a um salário mínimo, sendo considerado o salário mínimo da época equivalente a R\$ 937); escolaridade (sem educação formal; até o ensino médio; superior); situação conjugal (com companheiro; sem companheiro).

Em continuidade à entrevista, investigou-se a frequência de consumo de cada variável relacionada ao hábito alimentar dos participantes. Levantou-se o consumo alimentar de feijão, verduras ou legumes, saladas, carne vermelha, frango, frutas, alimentos categorizados em consumo durante cinco ou até sete dias ou consumo menor que cinco dias (consumo durante a semana). Além desses, coletaram-se dados sobre o consumo de refrigerantes (zero a dois dias ou três ou mais dias), ovos (até três ovos ou três ou mais ovos), consumo de sal por dia (até uma colher de café ou maior ou igual a uma colher de café) e uso de substitutivos do sal, no que se refere ao uso de temperos industrializados, a exemplo de caldos em pó e molhos (sim ou não). Esses hábitos alimentares explorados foram categorizados com base no Vigitel Brasil, elaborado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Esse instrumento aborda aspectos relativos ao risco e perfil da alimentação do povo brasileiro⁽²⁾. Considerou-se como variável independente a renda familiar mensal; e como variáveis dependentes, os hábitos alimentares.

Os dados foram codificados e digitados no *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0, para tratamento e geração dos resultados.

As variáveis estudadas foram analisadas descritivamente e apresentadas em

tabelas, contendo frequências absolutas (n) e relativas (%). Efetuaram-se as análises bivariadas, com o objetivo de descrever e verificar diferenças proporcionais entre as características de interesse do estudo (variáveis renda e hábitos alimentares), mediante aplicação dos testes Qui-quadrado de Pearson. O nível de significância estatística adotado foi de 5%.

A pesquisa matriz foi aprovada pelo Parecer nº 1.182.032, de 6/5/2015, do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. A pesquisa precisou ser interrompida em decorrência de reforma da unidade de estudo, o Multicentro, e logo submeteu-se um adendo ao Comitê de Ética em Pesquisa, solicitando nova autorização para começar coleta após a reabertura do local. Portanto, foi analisado e aprovado, conforme Parecer n. 273.310/2017 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n. 43800915.0.0000.5531.

A pesquisa seguiu os princípios éticos que envolvem pesquisas com seres humanos regulamentados pelo Conselho Nacional de Saúde, assim como foram respeitados os princípios básicos da bioética.

Resultados

Na amostra, constituída por 221 participantes hipertensos, predominaram mulheres (81,4%), idade superior a 60 anos (53,4%), raça/cor negra autodeclarada (95,9%), pessoas com companheiro(a) (76,0%), nível educacional até o ensino médio completo (74,6%) e renda mensal inferior a um salário mínimo (valor = R\$ 937) (60,6%), conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas de pessoas hipertensas atendidas em Multicentro de Saúde. Salvador, Bahia, Brasil – 2017. (N=221) (continua)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	41	18,6
Feminino	180	81,4
Faixa Etária (anos)		
≤ 60	103	46,6
> 60	118	53,4
Raça/cor autodeclarada		
Negra	212	95,9
Não negra	9	4,1

Tabela 1 – Características sociodemográficas de pessoas hipertensas atendidas em Multicentro de Saúde. Salvador, Bahia, Brasil – 2017. (N=221) (conclusão)

Variáveis	n	%
Situação Conjugal		
Com companheiro(a)	168	76,0
Sem companheiro(a)	53	24,0
Renda familiar/mês em salários mínimos (1)		
<1	134	60,6
1 - 2	78	35,3
≥3	9	4,1
Escolaridade		
Sem educação formal	9	4,1
Até o ensino médio	165	74,6
Superior	47	21,3

Fonte: Elaboração própria.

(1) Salário mínimo (SM) da época da pesquisa: R\$ 937.

Quanto à frequência dos hábitos alimentares em relação à renda, houve predomínio do consumo de verduras e legumes (69,1%), feijão (68,2%), salada (65,6%), carne vermelha (64,5%) e frango (64,9%), em período menor que cinco dias na semana, entre pessoas com renda inferior a um salário mínimo. Entre renda e consumo de feijão, salada, carne vermelha, frango, refrigerante, sal e ovos, não houve associações estatisticamente significantes. No entanto, a associação entre renda e consumo de verduras ou legumes

e frutas foi estatisticamente significativa ($p=0,027$ e $p=0,003$, respectivamente), demonstrando que pessoas hipertensas, com renda menor que um salário mínimo, consomem menos vezes por semana esses tipos de alimentos. Predominou o uso de produtos para substituir o sal por pessoas com renda inferior a um salário mínimo (69,6%), constatando-se diferença estatisticamente significativa entre as variáveis uso de produtos substitutivos do sal e renda ($p=0,043$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Renda mensal e hábito alimentar de pessoas hipertensas atendidas em Multicentro de Saúde. Salvador, Bahia, Brasil – 2017. (N=221) (continua)

Hábito Alimentar	n (%) 221 (100%)	Renda Mensal		Valor de p
		Menor que um Salário Mínimo	Maior ou igual a um Salário Mínimo	
Consumo/semana (dias)				
Feijão				
≥ 5	117 (52,9)	70 (59,8)	47 (40,2)	0,122
< 5	104 (47,1)	71 (68,2)	33 (31,8)	
Verdura ou legume				
≥ 5	85 (38,5)	47 (55,3)	38 (44,7)	0,027(2)
< 5	136 (61,5)	94 (69,1)	42 (30,9)	
Salada				
≥ 5	67 (30,3)	40 (59,7)	27 (40,3)	0,246
< 5	154 (69,7)	101 (65,6)	53 (34,4)	
Carne vermelha				
≥ 5	80 (36,2)	50 (62,5)	30 (37,5)	0,436
< 5	141(63,8)	91 (64,5)	50 (35,5)	
Frango				
≥ 5	87 (39,4)	54 (62,1)	33 (37,9)	0,386
< 5	134 (60,6)	87 (64,9)	47 (35,1)	
Frutas				
≥ 5	70 (31,7)	54 (77,1)	16 (22,9)	0,003(2)
< 5	151 (68,3)	87 (57,6)	64 (42,4)	

Tabela 2 – Renda mensal e hábito alimentar de pessoas hipertensas atendidas em Multicentro de Saúde. Salvador, Bahia, Brasil – 2017. (N=221) (conclusão)

Hábito Alimentar	n (%) 221 (100%)	Renda Mensal		Valor de p
		Menor que um Salário Mínimo	Maior ou igual a um Salário Mínimo	
Refrigerante				
0 - 2	208 (94,1)	133 (63,9)	75 (36,1)	0,539
≥ 3	13 (5,9)	8 (61,5)	5 (38,4)	
Ovos				
≤ 3	147 (66,5)	92 (62,6)	55 (37,4)	0,353
> 3	74 (33,5)	49 (66,2)	25 (33,8)	
Sal/dia				
Até uma colher de café	111 (50,2)	71 (64,0)	40 (36,0)	0,536
Maior ou igual uma colher de café	110 (49,8)	70 (63,6)	40 (36,4)	
Usa produto substituto do sal (1)				
Sim	115 (52,0)	80 (69,6)	35 (30,4)	0,043(2)
Não	106 (48,0)	61 (57,6)	45 (42,4)	

Fonte: Elaboração própria.

Salário Mínimo da época = R\$ 937.

(1) Uso de temperos industrializados, a exemplos de caldos em pó e molhos.

(2) Valor de p estatisticamente significante.

Discussão

Os resultados desta pesquisa revelaram associação estatisticamente significativa entre renda mensal e hábito alimentar dos participantes, especificamente no que se refere ao consumo de verduras ou legumes, frutas e uso de produtos substitutos do sal.

Acredita-se que a vulnerabilidade econômica, aliada às preferências pessoais e coletivas dos participantes, pode influenciar a adoção de hábitos mais saudáveis ou não. Os resultados desta pesquisa mostraram menor consumo de verduras e legumes entre pessoas com renda inferior a um salário mínimo. Destacam-se as especificidades e características culturais, sociais e demográficas da comunidade, que integram, no cotidiano, a potencial influência afrodescendente, com acesso a alimentos ricos em calorias e condimentos, típicos da culinária africana.

Sabe-se que a alimentação saudável, indicada por profissionais de saúde para pessoas com HAS para o controle da doença, é baseada em cardápio alimentar diário rico em frutas, legumes, verduras, nozes, frango, peixe, grãos integrais, sendo reduzidos na dieta alimentos lácteos gordurosos, gorduras totais, gorduras saturadas e alimentos ricos em colesterol, além

de reduzir carne vermelha e alimentos com alta quantidade de sódio – *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH). No entanto, este estudo aponta dificuldades que foram reportadas pelos indivíduos com HAS para o cumprimento dessa alimentação saudável. Destacou-se o fator financeiro, pois a baixa renda limita a aquisição dos gêneros alimentícios, bem como dificulta a obtenção de orientação nutricional de forma individualizada, visto que o acesso que possuem à nutricionista ocorre na Unidade de Saúde da Família. Tendo em vista que esse serviço dispõe de apenas um nutricionista para toda a população de abrangência da unidade, o acompanhamento individual com alta frequência é dificultado⁽¹²⁾.

Outro estudo, realizado em 2018 com pessoas hipertensas⁽¹³⁾, reporta que a dieta DASH, rica em frutas, legumes e verduras, é capaz de reduzir a pressão arterial sistólica em 5,5 mmHg e a pressão arterial diastólica em 3,0 mmHg. Aponta ainda que a essa dieta pode ser uma estratégia de terapia nutricional para o tratamento da hipertensão arterial.

O exame da associação entre várias doenças e condições crônicas, como a HAS, em pesquisas realizadas no Brasil, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul⁽¹⁴⁾ e, na Espanha, pela

Universidade de Navarra⁽¹⁵⁾, afirma que uma alimentação rica em frutas, legumes e verduras e com redução do teor de sódio apresenta relação com a redução da pressão arterial, justificada pelo controle de peso do corpo e ingestão de vitaminas e minerais.

Na amostra deste estudo, houve associação entre consumo de frutas, em cinco ou mais dias na semana, por pessoas com renda mensal menor que um salário mínimo. Portanto, para a amostra estudada, o consumo de frutas constituiu fator de proteção para condição da HAS, uma vez que esta ingestão ocorria regularmente. De acordo com o Vigitel Brasil, o consumo de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias na semana é considerado regular. Em 2017, na cidade de Salvador, o consumo de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias na semana obteve percentual de 17,8%⁽²⁾. Portanto, observa-se que parcela pequena da população apresentava consumo regular de frutas e hortaliças.

Em estudo realizado na cidade de Fortaleza, Ceará⁽¹⁶⁾, Brasil, encontrou-se reduzido consumo de frutas e hortaliças por pessoas com hipertensão arterial. Enfatiza-se que o consumo intenso desses alimentos favorece a obtenção de nutrientes como potássios, cálcio e fibras, elementos essenciais para redução da pressão arterial.

Outro aspecto importante, evidenciado nesta pesquisa, consiste na associação entre renda mensal menor que um salário mínimo e uso de produtos substitutos do sal, como temperos industrializados, a exemplos de caldos em pó e molhos. Estes substitutos do sal tornam as pessoas desse grupo mais expostas ao risco de desenvolverem complicações e morrerem em decorrência da HAS, devido ao excesso de sódio. Quanto ao consumo do próprio sal, não houve diferença significativa entre os grupos.

A literatura evidencia que os novos hábitos alimentares da sociedade, acompanhados pelo consumo excessivo de sódio, tanto em alimentos industrializados como naqueles em estado natural que contêm essa substância, influenciam negativamente na homeostase do corpo e acarretam doenças e complicações cardiovasculares, como a HAS. Novas estratégias de prevenção de doenças e práticas alimentares mais saudáveis

precisam ser incentivadas, pois pequena redução na quantidade de sódio consumido pode melhorar a saúde e reduzir gastos financeiros com o tratamento da HAS e de suas complicações. Produtos alternativos ao sódio têm sido elencados, como a utilização de açafraão, manjeirão, alecrim, orégano, dentre outros, os quais são importantes para redução de sódio na alimentação, além de proporcionarem mais sabor nas receitas⁽¹⁷⁾.

No que tange aos outros produtos alimentares elencados na pesquisa, como frango, carne vermelha, ovos e refrigerante, não se encontraram diferenças significantes entre os grupos.

Identificou-se, na pesquisa, predomínio de mulheres, dado que pode ser justificado pelas crenças masculinas que fazem com que os homens não reconheçam as próprias necessidades em saúde, rejeitem a possibilidade de adoecer e realizar prevenções, perpetuando a questão cultural da invulnerabilidade masculina, do papel social de provedor da família⁽¹⁸⁾.

A maioria dos participantes era composta por idosos, cerca de três quartos da amostra viviam com companheiro e estudou até o ensino médio. Isso reflete as condições de vulnerabilidade a que estão expostos os participantes do estudo e podem influenciar diretamente no maior descontrole da doença e maior risco cardiovascular. Há evidência de que a HAS é mais prevalente em homens, mais grave na raça negra e menos controlada nos sujeitos com baixa escolaridade e renda, condições que podem expor ainda mais os participantes desta pesquisa para o desenvolvimento de complicações da doença⁽¹⁹⁾.

Houve predomínio de afrodescendentes, o que era esperado, uma vez que a coleta de dados foi desenvolvida em local que possui origem e cultura negra, bairro sede do bloco afro mais antigo do carnaval de Salvador. Em outro estudo realizado com pacientes hipertensos da rede de atenção básica da mesma cidade, no ano de 2017, 92,6% dos pacientes eram da raça negra/cor preta e parda⁽²⁰⁾, dados que se assemelham ao encontrado neste estudo.

Na cidade de Passos, Minas Gerais, Brasil, desenvolveu-se estudo com pacientes atendidos na Estratégia Saúde da Família, que aponta

prevalência de HAS em pessoas da raça/cor negra e indivíduos com baixa renda, afirmando a associação entre escolaridade e nível socioeconômico mais baixo⁽²¹⁾. Este resultado corrobora dados encontrados neste estudo.

Pesquisas realizadas no interior da Bahia⁽¹²⁾ e em Porteirinha, Minas Gerais⁽²²⁾, apontam o predomínio de baixo nível de escolaridade entre indivíduos com hipertensão arterial. Os estudos consideram a formação escolar como fundamental para adesão efetiva ao tratamento, pois a baixa escolaridade pode ocasionar, nos indivíduos, dificuldades para o entendimento das orientações transmitidas pelos profissionais e implicar evolução negativa da HAS. Isto pode ocorrer em razão de as informações serem assimiladas de forma errônea ou incompletas, trazendo prejuízos para o bem-estar dos indivíduos no tratamento da hipertensão arterial. Não obstante, neste estudo, a escolaridade apresentou-se como fator protetor para HAS, pois a maioria dos hipertensos apresentou maior nível de escolaridade, incluindo pessoas com ensino médio e ensino superior.

A renda familiar mensal predominante foi menor que um salário mínimo, fator que pode tornar as pessoas desse grupo mais expostas ao descontrole da doença^(12,19,22-23). Em consonância com o encontrado no estudo em tela, outras pesquisas realizadas em Unidades de Saúde da Família, um na Bahia⁽¹²⁾ e outro em Minas Gerais⁽²²⁾, constataram que a maioria das pessoas com hipertensão arterial apresentavam renda familiar mensal de até um salário mínimo, e que este seria um fator que interferiria no seguimento do tratamento da HAS de maneira correta.

De acordo com dados da Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI), considerando apenas a População Economicamente Ativa (PEA), em Salvador, o número de desempregados no último trimestre de 2017 foi de 470 mil, o que representou acréscimo de 14 mil desempregados, em comparação com o trimestre anterior do mesmo ano. Nos primeiros meses de 2018, a taxa total de desemprego na região metropolitana de Salvador aumentou de 25,0% para 25,5%. Também houve aumento da taxa de desemprego aberto, referente às pessoas desempregadas e que não estavam envolvidas

em nenhuma atividade que lhes garantisse alguma renda, passando de 18,3% para 18,8%⁽²⁴⁾. Esse crescimento da taxa de desemprego pode limitar o consumo alimentar adequado, em decorrência de baixa ou nenhuma renda que permita a escolha ou manutenção de dieta saudável rica em frutas, legumes e verduras.

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE Cidades⁽²⁵⁾ –, o salário médio dos trabalhadores formais da capital baiana era de 3,5 salários mínimos, e a proporção de pessoas ocupadas em relação ao total da população era de 30,5%. A proporção de domicílios com renda mensal de até meio salário mínimo era de 36,8%. Nota-se que Salvador é uma das capitais brasileiras com elevado número de pessoas que recebem menos de um salário mínimo.

A predominância de indivíduos com baixa renda entre a população com HAS, bem como o predomínio da alimentação não saudável entre pessoas com menor poder aquisitivo, pode estar influenciando diretamente no descontrole da doença. Além disso, esses fatores podem provocar complicações, como o surgimento de novas doenças crônicas e, portanto, trazer à tona a necessidade de intervenções para melhorar a perspectiva de saúde desses indivíduos em situações de maior risco.

Como fatores limitantes do estudo, citam-se a coleta dos dados ter ocorrido em único Multicentro, localizado em bairro de predominância afrodescendente, com características próprias da cultura local, e forte evidência científica de risco para hipertensão arterial nessa população, além de os dados serem autorreferidos, fator que pode também ser limitante para pesquisas futuras. Assim, por se tratar de estudo do tipo transversal, não se estabelece relação de causa e efeito, o que se reflete na cautela quanto à generalização dos resultados. Ampliar a presente investigação para outras regiões pode ser importante e necessário, para indagar-se como pessoas hipertensas de diferentes contextos comportam-se frente ao objeto de estudo.

Conclusão

Constatou-se grupo com predomínio de baixa renda e hábito alimentar inadequado. Entre as

variáveis estudadas, houve associação estatisticamente significativa entre renda inferior a um salário mínimo e consumo de verduras ou legumes e frutas, em frequência menor a cinco dias na semana, e uso de produtos substitutivos do sal.

Os resultados deste estudo podem favorecer o direcionamento mais efetivo do tratamento de pessoas com hipertensão arterial que apresentam fatores de risco relacionados à falta de controle da doença. Ademais, o estudo requer que se repensem políticas públicas e, quiçá, abordagem mais interdisciplinar, que contemple as especificidades relacionadas a cada um dos fatores de risco que interferem no descontrole da hipertensão arterial em populações mais vulneráveis.

Colaborações:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Cláudia Geovana da Silva Pires;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Cleise Cristine Ribeiro Borges Oliveira, Alana de Souza Reis Carneiro, Tatiane Araújo dos Santos, Elieusa e Silva Sampaio, Mariana de Almeida Moraes e Cláudia Geovana da Silva Pires;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Cleise Cristine Ribeiro Borges Oliveira, Alana de Souza Reis Carneiro, Tatiane Araújo dos Santos, Elieusa e Silva Sampaio, Mariana de Almeida Moraes e Cláudia Geovana da Silva Pires.

Referências

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jan 19];107(3Supl.3):1-83. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2019: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* [Internet]. Brasília (DF); 2019 [cited 2020 Jul 23]. Available from: <http://www.crn1.org.br/vigitel-2019/>
3. Leng B, Jin Y, Li G, Chen L, Jin N. Socioeconomic status and hypertension: a meta-analysis. *J Hypertens*. 2015 Feb;33(2):221-9. DOI: 10.1097/HJH.0000000000000428
4. Malta DC, Bernal RTI, Andrade SSCA, Silva MMA, Velasquez-Melendez G. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(suppl 1):11s. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000006>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para população brasileira [Internet]. 2a ed. Brasília (DF); 2014 [cited 2020 Jan 10]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
6. Kang Y, Kim J. Association between fried food consumption and hypertension in Korean adults. *Br J Nutr*. 2016;115(1):87-94. DOI: 10.1017/S000711451500402X
7. Silva SSBE, Oliveira SFSB, Pierin AMG. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):50-8. DOI: 10.1590/S0080-62342016000100007
8. Teixeira JF, Goulart MR, Busnelo FM, Pellanda LC. Conhecimento e atitudes sobre alimentos ricos em sódio por pacientes hipertensos. *Arq Bras Cardiol*. 2016;106(5):404-10. DOI: 10.5935/abc.20160049
9. Carvalho IMM, Pereira GC. Segregação socioespacial e desigualdades em Salvador. *Cad CEAS: Rev crit humanidade*. 2015;(235):5-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.25247/2447-861X.2015.n235.p5-22>
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência [Internet]. Rio de Janeiro; 2020 [cited 2020 Jan 4]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [Internet]. Brasília (DF); 2015 [cited 2020 Feb 10]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf
12. Dias JAA, Oliveira RF, Castro ML, Nery PLG. Desafios vivenciados por clientes com

- hipertensão arterial para adesão ao tratamento dietético. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016;10(10):3825-32. DOI: 10.5205/reud.9667-87805-1-E
13. Bricarello LP, Retondario A, Poltronieri F, Souza AM, Vasconcelos FAG. Abordagem dietética para controle da hipertensão: reflexões sobre adesão e possíveis impactos para a saúde coletiva. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(4):1421-32. DOI: 10.1590/1413-81232020254.17492018
 14. Dias EG, Alves JCS, Santos VCO, Aguiar DKA, Martins PM, Barbosa MC. Lifestyle and hindering factors in controlling hypertension. *Rev Enferm UFPI*. 2015;4(3):24-9. DOI: 10.26694/reufpi.v4i3.3526
 15. Mendonça RD, Lopes ACS, Pimenta AM, Gea A, Martinez-Gonzalez MA, Bes-Rastrollo M. Ultra-Processed Food Consumption and the Incidence of Hypertension in a Mediterranean Cohort: The Seguimiento Universidad de Navarra Project. *Am J Hypertens*. 2017;30(4):358-66. DOI: 10.1093/ajh/hpw137
 16. Ferreira MA, Carneiro AMCB, Valente MMQP, Cestari VRF, Diógenes MAR, Diógenes LMMB. Prevalência do diagnóstico de enfermagem nutrição desequilibrada em hipertensos. *Cogitare Enferm*. 2016;21(3):1-9. DOI: 10.5380/ce.v21i3.48942
 17. Silva Neto IF, Leite IB, Aguiar AM. Análise bromatológica do teor sódio no condimento em pó açafrão (*curcuma longa* L.) Alimentos: *Ciênc Tecnol Meio Ambiente* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 27];1(6):173-83. Available from: <https://revistascientificas.ifrrj.edu.br/revista/index.php/alimentos/article/view/1627>
 18. Souza CS, Stein AT, Bastos GAN, Pellanda LC. Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: Estudo de Base Territorial. *Arq Bras Cardiol*. 2014;102(6):571-8. DOI: 10.5935/abc.20140081
 19. Nadruz Jr W, Claggett B, Henglin M, Shah AM, Skali H, Rosamond WD, et al. Racial Disparities in Risks of Stroke. *N Engl J Med*. 2017;376(21):2089-90. DOI: 10.1056/NEJMc1616085
 20. Kroth KB, Silva CD, Kroth JB, Maia HMSF. Fatores associados à hipertensão arterial não controlada em pacientes atendidos em unidades de atenção primária. *Rev Pesq Fisioter*. 2017;7(4):538-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v7i4.1636>
 21. Almeida AS, Moura JP, Piantino CB, Rossi VEC. Lifestyle and socioeconomic profile of hypertensive patients. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017;11(12):4826-37. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22299p4826-4837-2017>
 22. Dias EG, Alves JCS, Santos VCO, Aguiar DKA, Martins PM, Barbosa MC. Lifestyle and hindering factors in controlling hypertension. *Rev Enferm UFPI*. 2015;4(3):24-9. DOI: 10.26694/reufpi.v4i3.3526
 23. Lindemann IL, Oliveira RR, Mendoza-Sassi RA. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(2):599-610. DOI: 10.1590/1413-81232015212.04262015
 24. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. Anuário Estatístico da Bahia (1972-2018) [Internet]. Salvador; 2018 [cited 2020 Jan 15]. Available from: <https://www.sei.ba.gov.br/>
 25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2015 [Internet]. Rio de Janeiro; 2015 [cited 2020 Jan 10]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/>
- Recebido: 22 de outubro de 2020
Aprovado: 22 de fevereiro de 2021
Publicado: 26 de abril de 2021



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC). Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.