

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ**  
**NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA**

**THAIS AMANDA SILVA PEREIRA CASTELO BRANCO**

**USO DE DIETA HIPOSSÓDICA NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO NA**  
**UNIDADE DE SAÚDE SÃO LUIS, PACATUBA, CEARÁ**

**FORTALEZA**

**2018**

**THAIS AMANDA SILVA PEREIRA CASTELO BRANCO**

**USO DE DIETA HIPOSSÓDICA NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO NA  
UNIDADE DE SAÚDE SÃO LUIS, PACATUBA, CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à  
Coordenação do Curso de Especialização em  
Saúde da Família, modalidade semipresencial,  
Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) -  
Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em  
Educação a Distância Em Saúde, Universidade  
Federal do Ceará, como requisito parcial para  
obtenção do Título de Especialista.

Prof<sup>o</sup> Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jocileide Sales  
Campos

**FORTALEZA**

**2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

C1u CASTELO BRANCO, THAIS AMANDA SILVA PEREIRA.  
USO DE DIETA HIPOSSÓDICA NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO NA UNIDADE DE SAÚDE SÃO  
LUIS, PACATUBA, CEARÁ / THAIS AMANDA SILVA PEREIRA CASTELO BRANCO. – 2018.  
27 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de  
Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2018.  
Orientação: Profa. Dra. Jocileide Sales Campos .

1. Dieta hipossódica. 2. Hipertensão. 3. Promoção da saúde. I. Título.

CDD 362.1

---

**THAIS AMANDA SILVA PEREIRA CASTELO BRANCO**

**USO DE DIETA HIPOSSÓDICA NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO NA  
UNIDADE DE SAÚDE SÃO LUIS, PACATUBA, CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: 30/07/2018

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Jocileide Sales Campos.

---

Prof<sup>º</sup>. Esp Karine Moreira de Melo.

---

Prof<sup>º</sup>. Esp Greyce Luri Sasahara.

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença de alta prevalência globalmente, que se associa a uma série de outras comorbidades. No tratamento da doença, existem meios farmacológicos e não farmacológicos. Dentre os meios não farmacológicos, a dieta hipossódica mostra-se efetiva para controlar e reduzir os níveis pressóricos, pois estes relacionam-se diretamente com a ingesta de sódio. No contexto do SUS (Sistema Único de Saúde), a redução na ingesta de sódio é uma alternativa de baixo custo para controle pressórico, porém a não aceitação da dieta é muito comum. Um dos meios empregados para reduzir a ingesta de sal sem reduzir a palatabilidade dos alimentos é a troca do sal comum pelo sal de ervas, que pode ser fabricado em casa, misturando-se sal a ervas aromáticas desidratadas. Neste plano de intervenção (PI), realizado em Pacatuba – Ceará, a população de hipertensos de uma UBS (Unidade Básica de Saúde) foi apresentada à receita do sal de ervas e estimulada a fazer seu uso nas refeições diárias. O PI mostrou que o sal de ervas pode ser uma alternativa promissora e de baixo custo para aumentar a adesão dos hipertensos a uma ingesta reduzida de sódio.

**Palavras-chave:** Dieta hipossódica. Hipertensão. Promoção da saúde.

## **ABSTRACT**

Systemic arterial hypertension is a disease of high prevalence globally, which is associated with a number of other comorbidities. In the treatment of the disease, there are pharmacological and non-pharmacological means. Among the non-pharmacological means, the hyposodic diet is effective in controlling and reducing blood pressure levels, since these are directly related to sodium intake. In the context of the SUS (Integrated Health System), reduction in sodium intake is a low-cost alternative for blood pressure control, but non-acceptance of diet is very common. One of the means employed to reduce salt intake without reducing the palatability of food is the exchange of the common salt for the herbal salt, which can be manufactured at home by mixing salt with dehydrated herbs. This intervention plan (IP), held in Pacatuba - Ceará, the hypertensive population of UBS (Basic Health Unit) was presented to the herbal recipe salt and encouraged to make their use in daily meals. IP has shown that herbal salt may be a promising and inexpensive alternative to increase hypertensive adherence to reduced sodium intake.

**Keywords ou Palavras chave:** Diet, Sodium-Restricted. Hypertension. Health Promotion.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>PROBLEMA.....</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>9</b>
4.1	OBJETIVO GERAL.....	9
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	9
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>10</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>7</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>15</b>
<b>8</b>	<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>17</b>
<b>9</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS.....</b>	<b>18</b>
<b>10</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>19</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>20</b>
	<b>APÊNDICE.....</b>	<b>22</b>
	<b>ANEXO.....</b>	<b>24</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica altamente prevalente caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg, que pode vir associada a uma série de outros fatores de aumento na morbidade, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo.

As diretrizes mais recentes de HAS têm apontado para uma maior rigidez no controle da doença, visto que foram reduzidos os níveis pressóricos considerados como pré-hipertensão, além de instituídos mais precocemente tratamentos direcionados a este grupo de pessoas, fazendo com que a prevalência da doença seja ainda maior na população geral. O tratamento não medicamentoso (TNM) da HAS envolve uma série de fatores, dentre os quais as medidas nutricionais são de grande importância.

Considerando-se as ações de tratamento não medicamentoso da HAS, em seu âmbito nutricional, são de grande importância as orientações nutricionais gerais, que podem ser realizadas por um profissional de saúde apto. Além disto, estratégias de redução na ingestão de sódio devem ser feitas. O sal de ervas, neste contexto, é um produto palatável e, por isso, de mais fácil inserção na dieta dos pacientes que a simples retirada do sal comum de cozinha das refeições.

O efeito das intervenções dietéticas tem sido amplamente estudado, porém, muitas vezes, modelos de intervenção eficazes em países desenvolvidos não se mostram efetivos em países em desenvolvimento. Faz-se necessária a procura por soluções para redução nas doenças cardiovasculares (DCV) adaptadas às fragilidades econômicas das nações em desenvolvimento. O custo das intervenções se torna fator de grande importância na aplicabilidade das mesmas na rotina de pacientes do SUS, por exemplo, por vezes advindos de famílias com baixo poder aquisitivo.

Estudos realizados na realidade brasileira mostram uma baixa adesão ao tratamento medicamentoso por parte dos hipertensos, e adesão ainda mais baixa ao tratamento não medicamentoso. Em um estudo realizado em São Luís, Maranhão, dos 462 pacientes entrevistados, cerca de 25% não aderiram ao tratamento medicamentoso ou o faziam de forma inadequada; os pacientes que não seguiam o tratamento relataram como motivos principais: esquecimento, sensação de não necessidade do uso da medicação e efeitos colaterais provocados pela medicação. A adesão é ainda menor às formas não medicamentosas de tratamento: o seguimento da dieta prescrita é frequentemente negligenciado.



É válido lembrar que a adesão ao tratamento sofre influência de fatores relacionados ao paciente, mas também de fatores desencadeados pelos profissionais de saúde, e fatores relacionados ao contexto socioeconômico. A percepção da hipertensão arterial como doença, a atitude do paciente frente ao fato de ser hipertenso e a motivação pessoal pela busca de melhor estado de saúde, além da questão do custo e compreensão do impacto do papel das medidas dietéticas são alguns dos principais fatores atribuídos ao paciente. Por outro lado, à equipe de saúde cabe incentivar e educar o paciente, informando-o sobre o significado clínico e prognóstico da sua doença. Além disso, a vigilância acerca do surgimento de reações adversas aos medicamentos anti-hipertensivos é essencial para a seleção e individualização do melhor medicamento para um dado paciente.

O Plano de Intervenção (PI) executado neste trabalho foi realizado através da distribuição, em uma unidade de saúde de Pacatuba – Ceará, da receita do sal de ervas, acompanhado de orientações verbais sobre dieta hipossódica entre pacientes atendidos no HIPERDIA da UBS São Luís. Os pacientes, hipertensos já em uso de medicações, foram convidados a participar do estudo, tiveram suas dúvidas sanadas a respeito de erros comuns na dieta, além de orientações a respeito da preparação do sal de ervas e formas de utilizá-lo no dia-a-dia. Após este momento inicial do PI, tiveram suas pressões aferidas e registradas na unidade de saúde, para avaliar a variação de seus índices pressóricos após o uso do produto em suas preparações diárias.

## 2 PROBLEMA

A HAS, doença multifatorial de alta prevalência mundialmente, necessita de acompanhamento e tratamento medicamentoso e não medicamentoso para seu adequado controle. A dieta com alto teor de sódio é comprovadamente fator de piora da doença, e por isso a adesão do paciente a uma dieta hipossódica se faz necessária.

No âmbito da atenção básica, o profissional nutricionista, único habilitado a desenvolver uma dieta individualizada, não faz parte da equipe básica de estratégia da família, o que faz com que o acesso dos pacientes a esse profissional seja reduzido. Portanto, na impossibilidade de uma dieta específica, a orientação nutricional por profissional de saúde apto e as medidas para redução de ingestão de sódio na dieta se destacam como aliados possíveis para um melhor controle pressórico da população.

As orientações nutricionais são ferramenta de ensino da população, que por vezes desconhece o teor de sódio de alimentos comuns em sua dieta. Orientá-los a ingerir alimentos menos processados, priorizar certos grupos de alimentos em detrimento a produtos industrializados e com adição de sal e estimulá-los a informar outras pessoas a respeito destas orientações, transformando-os em propagadores de informações úteis à comunidade são formas viáveis e de baixo custo para uma melhoria na alimentação das famílias. Como estratégia adicional, o sal de ervas, neste contexto, é uma opção barata e prática para tempero das refeições preparadas em casa, mantendo a palatabilidade dos alimentos, o que contribui com uma adesão maior à dieta e, com isto, a uma manutenção mais prolongada de níveis pressóricos adequados.

### 3 JUSTIFICATIVA

A HAS é uma doença multifatorial relacionada a uma série de outras comorbidades. Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal.

No Brasil, é uma doença de alta prevalência, de tal forma que possui dia específico nos programas de prevenção na estratégia de saúde da família: o HIPERDIA, que se constitui de data fixa semanal de atendimento para pacientes hipertensos e diabéticos. Dada a importância e prevalência da doença em questão, sua prevenção e tratamento adequado se fazem essenciais para o bom acompanhamento do estado de saúde da população. As diretrizes nacionais e mundiais de controle da doença apontam para a importância do tratamento, que se constitui de tratamento medicamentoso e não medicamentoso como fatores de controle pressórico.

Considerando-se que a Unidade Básica de saúde (UBS) é local de promoção de saúde e de prevenção de doenças, um plano de intervenção que atue nesta doença de tão grande relevância pode trazer mudança significativa no perfil de saúde da comunidade. A mudança de hábitos alimentares e a inserção do sal de ervas como um novo elemento na rotina dietética da população traz benefícios, tanto entre os pacientes já hipertensos, como também em suas famílias, tornando os pacientes propagadores de boas práticas de saúde.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

1. Otimizar a complementação do tratamento de pacientes hipertensos acompanhados na Unidade Básica de Saúde São Luís através da redução de ingesta de sódio como tratamento não medicamentoso.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Inserir o sal de ervas como substituto do sal de cozinha comum para tempero na preparação de refeições dos pacientes, com a finalidade de reduzir a ingesta total de sódio e com isso obter melhor controle pressórico.
2. Avaliar a resposta ao uso de sais de ervas na dieta de hipertensos, como tratamento coadjuvante.
3. Orientar pacientes acompanhados no HIPERDIA a respeito da importância da dieta hipossódica como ferramenta de controle pressórico.
4. Orientar os pacientes hipertensos a respeito do nível de sódio nos temperos e alimentos industrializados/processados, estimulando-os a seguir uma dieta com mais preparações caseiras e temperos naturais.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL: DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, em sua 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, de 2016, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) consiste de níveis elevados e sustentados de pressão arterial, a saber, níveis iguais ou superiores a 140 (pressão sistólica) e 90 (pressão diastólica).

Já a Pré-hipertensão (PH), segundo a mesma diretriz, é uma condição caracterizada por PA sistólica (PAS) entre 121 e 139 e/ou PA diastólica (PAD) entre 81 e 89 mmHg. O paciente nesta condição clínica, além do maior risco de desenvolver hipertensão arterial, possui maior predisposição para desenvolvimento de eventos cardiovasculares. A classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório de pacientes a partir de 18 anos de idade é demonstrada no ANEXO A (ALESSI *et al.*, 2014).

Ainda segundo a diretriz, devido a esta percepção da pré-hipertensão como fator de risco para o desenvolvimento de outras comorbidades, se faz necessário um acompanhamento mais criterioso dos pacientes que se encontram nesta condição de saúde, afim de instituir precocemente medidas de diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos mesmos, com o objetivo de evitar a evolução deste estado para o de hipertensão, protegendo o paciente dos riscos inerentes à doença.

### 5.2 RELAÇÃO ENTRE INGESTA DE SÓDIO E PRESSÃO ARTERIAL

O sal é um eletrólito essencial para a vida, sendo utilizado para cozinhar, temperar e preservar alimentos em todo o mundo. Com o recente aumento no consumo de alimentos processados, a ingestão de sal está aumentando para níveis semelhantes aos do século XIX (quando o sal ainda era utilizado na conservação de alimentos), elevando a ingestão média para aproximadamente 9-12 g/dia na maioria dos países (INTERSALT COOPERATIVE RESEARCH GROUP, 1988).

Uma alta ingestão de sal na dieta apresenta um grande desafio ao organismo, visto que os rins, para manutenção da homeostase, ficam sobrecarregados na função de excretar as grandes quantidades de sal administrado. Um dos principais sistemas de órgãos vulneráveis aos efeitos adversos do excesso de sódio na dieta é o sistema cardiovascular (HE e MACGREGOR, 2007). Diversos estudos em animais mostraram uma relação causal entre o

nível de sódio da dieta e a hipertensão e em estudos em humanos, foi estabelecido que a média da PA na população está relacionada à ingesta habitual de sal (MENETON *et al.*, 2005).

Em um estudo realizado por Sacks *et al.* (2001), foram avaliados os efeitos de três níveis de ingesta de sódio (ingesta alta de 3600 mg/dia, intermediária de 2300 mg/dia, e baixa de 1200 mg/dia), além de uma dieta controle (dieta típica dos EUA) ou padrão DASH (dieta com baixo nível de sódio), e examinados seus resultados em pacientes hipertensos e normotensos. Durante um período de 30 dias, as reduções de PA observadas nas dietas com menor teor de sódio se mostraram diretamente dependentes da dose de sódio na dieta em ambos grupos de pacientes.

As intervenções no estilo de vida (que incluem, dentre outras medidas, a redução na ingesta de sódio), são mencionadas como tratamento desde os estágios de pré-hipertensão, e atuam, conjuntamente com o tratamento farmacológico, no controle pressórico do paciente (SBC, 2016).

### 5.3 ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DA INGESTA DE SÓDIO

A redução, mesmo que pequena, dos valores de PA traz resultados significativos no desfecho clínico do paciente. Uma redução de 2 mmHg na média populacional da pressão arterial diastólica pode resultar em uma redução de 17% na prevalência de hipertensão, uma redução de 6% no risco de doença cardíaca coronariana e de 15% no risco de acidente vascular cerebral (COOK *et al.*, 1995).

As modificações dietéticas são consideradas, neste contexto, uma estratégia de modificação do estilo de vida, de baixo custo (menor do que as intervenções farmacológicas), e com potencial para prevenir a hipertensão. Tais intervenções refletem-se em recomendações dietéticas que defendem, entre outras medidas, a perda de peso e a ingestão reduzida de sódio dietético (WHELTON *et al.*, 2002).

Em um estudo realizado entre pacientes com falência cardíaca, Bentley *et al.* (2005) observaram que os principais fatores de não-aderência de dieta hipossódica foram: falta de conhecimento, interferência na socialização e falta de seleções de alimentos. A dieta hipossódica é citada como principal ferramenta de terapia não farmacológica no controle da pressão arterial, porém, a não-aderência a este componente do tratamento é muito comum.

Ribeiro *et al.* (2007), em estudo realizado em hospital de Porto Alegre, falam da importância do esclarecimento ao paciente acerca de sua doença e tratamento, e das orientações culinárias como ferramenta de realce do sabor das refeições, aumentando a adesão ao tratamento apesar da diminuição da quantidade de sal. Um estudo realizado por Dallepiane (2004) comparando 2 grupos de famílias, sendo um grupo controle e um grupo em que se iniciou uso de condimentos (temperos, ervas aromáticas, especiarias em geral e molho de tomate sem adição de sal) para redução na ingestão de sal mostrou que a introdução destes alimentos teve influência positiva na participação da família no tratamento não farmacológico da HAS no que se refere à ingestão normal de sódio, o que beneficia o paciente hipertenso e age concomitantemente como medida de prevenção primária aos seus familiares.

#### 5.4 SAL DE ERVAS

O sal de ervas é uma receita com ingredientes variados que visa a substituição do sal de cozinha por uma alternativa com menor quantidade de sódio. Em geral, faz-se uso de medidas iguais de sal de cozinha e ervas aromáticas. Em um estudo realizado com pacientes internados no hospital de Brasília, que fez uso do sal de ervas como forma de tempero do feijão, verificou-se uma aprovação superior do alimento temperado com sal de ervas que com o mesmo alimento temperado com pequena quantidade de sal, alho e cebola (80% versus 75%). Além disso, o produto temperado com o sal de ervas teve um índice bem menor de rejeição (5%, contra 15% do feijão adequado à dieta hipossódica feito com preparação sem ervas) (BEZERRA, 2008; PITOL, 2012).

As ervas utilizadas na preparação, além de manter a palatabilidade das refeições, mesmo com menor quantidade total de sódio, possuem propriedades aromáticas que aumentam o prazer no degustar dos alimentos, além de propriedades funcionais, proporcionando benefícios adicionais à saúde, por auxiliarem reduzindo o processo inflamatório e oxidativo (MORAES e COLLA, 2006).

## 6 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de intervenção longitudinal quantitativo desenvolvido na unidade básica de saúde São Luís, em Pacatuba, Ceará, entre pacientes hipertensos acompanhados no HIPERDIA da unidade (dia de acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos) cujo objetivo foi conhecer o perfil dos pacientes hipertensos da área, identificar falhas alimentares, discutir e orientar sobre estratégias de obter uma dieta com menor teor de sódio dentro de suas realidades socio-econômicas e avaliar a adesão ao uso de sal de ervas em suas dietas diárias. A amostra foi selecionada por conveniência. Os critérios de amostragem foram: pacientes adultos, hipertensos, em uso de ao menos uma medicação anti-hipertensiva, que negaram fazer restrição de sódio em suas dietas (dieta normossódica ou hiperssódica) prévia ao início do estudo, e que se disponibilizaram a aferir a PA com regularidade (mínimo de 4 aferições em 1 mês).

Os pacientes foram selecionados durante o atendimento ambulatorial às quintas-feiras (dia do HIPERDIA da unidade) nos meses de março e abril de 2018. A UBS São Luís possui um total de 63 pacientes diagnosticados com HAS. Foram excluídos da amostra pacientes com idade muito avançada (acima de 80 anos), pacientes em uso irregular das medicações, pacientes debilitados, pacientes desorientados ou com dificuldades de seguir as instruções. Seguindo estes critérios, foram selecionados 35 pacientes, aos quais foram oferecidos a receita do sal de ervas e explicados os critérios do PI. 26 pacientes aceitaram participar do PI e assinaram o TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido), para que seus dados pudessem fazer parte deste trabalho. Dentre estes, 20 pacientes alcançaram o número mínimo de 3 aferições posteriores ao início do plano de intervenção, e estes foram utilizados no cálculo dos resultados do PI. Para o estudo matemático dos resultados, foram selecionadas as duas últimas aferições de PA dos pacientes prévias ao início do PI, e no mínimo 3 aferições após o início do uso do sal de ervas.

As variáveis coletadas foram: nome, idade, sexo, PA aferida prévia ao início do PI, número de medicações utilizadas pelo paciente, MAPA ambulatorial com PA's aferidas em horário comercial, na UBS ou no domicílio do paciente.

O estudo foi realizado em duas etapas, sendo a primeira um momento de orientações nutricionais e fornecimento da receita do sal de ervas (APENDICE B) em linguagem acessível aos pacientes, com explicações acerca de quais ervas usar e modo de fazer. Além disso, foram dadas orientações verbais de como evitar a ingestão excessiva de sódio, acerca dos níveis de sódio encontrado nos alimentos industrializados e formas de evitar a ingestão



excessiva deste tipo de alimento. A segunda etapa consistiu de realização de MAPA ambulatorial, com aferições de PA em horários diversos do dia. Na consulta de retorno do HIPERDIA dos pacientes da amostra, é feito o convite à participação do estudo, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) - (APENDICE A).

O sal de ervas foi preparado fazendo uso de 20% de sal de cozinha, 20% de manjericão desidratado, 20% de orégano, 20% de alecrim, 20% de salsinha, fazendo uso da medida-padrão colher de sopa (2 colheres de sopa de cada ingrediente) ou a medida padrão pote (os potes encontrados nos mercadinhos da área correspondem a 10 gramas de cada produto). Os ingredientes foram escolhidos após pesquisa de campo da área, em que foram visitados os principais comércios do bairro da UBS, e escolhida a receita a partir dos critérios: palatabilidade, preço dos ingredientes, facilidade de obtenção dos ingredientes. Os pacientes foram orientados a liquidificar os ingredientes de forma a obter uma mistura homogênea, condicionar a mistura em um frasco de vidro limpo e com tampa, e agitar o frasco para melhor misturar os ingredientes. Após o preparo, o produto final deve ser usado como condimento na preparação das refeições principais do paciente: café da manhã, almoço e jantar. Além disto, os pacientes foram estimulados a fazer uso de mais alimentos naturais em suas dietas, evitar alimentos industrializados e o uso de tempero pronto em suas preparações, além de uma melhor ingestão de água.

No segundo momento do estudo, os pacientes foram recebidos em suas consultas de rotina do HIPERDIA, trazendo o MAPA com aferições de PA colhidas com esfigmomanômetro manual, na unidade de saúde pela técnica de enfermagem da unidade ou pela Agente comunitária de saúde em seus domicílios, nos dias de visita domiciliar. No decorrer do estudo foram colhidos os pacientes que seguiram a intervenção proposta e trouxeram os resultados da PA.

Os dados das aferições de pressão foram colhidos e tabulados no Excel, através do qual calculamos a adesão ao sal de ervas, a porcentagem de variação da PA, e o desvio padrão da amostra. Variáveis subjetivas também podem ser colhidas, como por exemplo o grau de palatabilidade da receita e a melhora no bem-estar geral do paciente.

## 7 RESULTADOS

O PI elaborado baseou-se nos amplos estudos e evidências da relação entre a ingestão de sódio através da dieta e o desenvolvimento da HAS, além da relação direta entre a ingestão de dieta hiperssódica e a piora progressiva dos valores de PA (SBC, 2016). Neste contexto, faz-se necessário buscar estratégias de redução de sódio na dieta, sem com isso reduzir a palatabilidade dos alimentos, tendo como objetivo a manutenção desta dieta a longo prazo. O sal de ervas apresenta-se como uma opção palatável, viável de se produzir artesanalmente (fácil de se fazer em casa) e de baixo custo (BEZERRA, 2008).

As orientações passadas aos pacientes no momento da entrega da receita do sal de ervas visam levá-lo a uma melhor compreensão de seu estado de doença, da importância do tratamento não farmacológico na melhoria de suas comorbidades, e eliminar ou reduzir o fator desconhecimento do paciente como elemento de menor adesão à dieta proposta (BENTLEY *et al.*, 2005).

Dentre os pacientes hipertensos acompanhados na UBS São Luís, foram selecionados 35, aos quais foram oferecidos a receita do sal de ervas, porém apenas 26 destes pacientes aceitaram fazer parte do estudo, assinando o TCLE. A amostra, escolhida por conveniência, resultou num total de 20 pacientes que seguiram as recomendações, afirmaram ter feito uso do sal de ervas e retornaram para ser avaliados na Unidade de Saúde. Os pacientes realizaram MAPA ambulatorial com 2 aferições prévias ao início do uso do sal de ervas e no mínimo 3 aferições ao longo de dois meses de intervenção, para avaliação do comportamento de sua pressão arterial após o início do uso de sal de ervas em suas casas. Todos os pacientes afirmaram que a mudança do sal de ervas se aplicou a todas as refeições em suas casas, sendo assim extensiva às suas famílias.

A amostra de 20 pacientes era composta por 12 pacientes do sexo feminino (60%) e 8 do sexo masculino (40%). A média de idade dos pacientes foi de  $56 \pm 9$  anos. Os pacientes faziam uso de 1 a 3 medicações anti-hipertensivas, e todos afirmaram fazer uso regular das medicações. Considerando-se a primeira e a última aferição de PA dos pacientes (a primeira sendo prévia à implantação do PI, e a última sendo a terceira de 3 aferições realizadas após o início do uso do sal de ervas), obteve-se uma diferença média absoluta de 7,5 mmHg na pressão sistólica (de 131 para 123,5 mmHg), apresentando assim uma variação relativa de -6%; e de 2 mmHg na PA diastólica (de 75,5 para 73,5 mmHg), o que representa variação relativa de -3% nos valores de PA diastólica.. Essa variação pode estar ainda sendo subestimada, por diversos fatores, entre eles: a amostra é composta por pacientes que tinham

uma HAS controlada, eram orientados e faziam uso regular da medicação, e, portanto, já possuíam PA prévia ao PI de valor menor que a maioria dos pacientes com HAS; o curto tempo entre o início do PI e o cálculo dos resultados, o número de aferições limitado à disponibilidade do paciente.

Estes resultados mostram que, mesmo em um curto prazo de tempo, a redução de sódio na alimentação leva a uma redução nos índices pressóricos, o que potencialmente melhora a morbidade e mortalidade da população.

Espera-se fazer com que os pacientes usem o sal de ervas como condimento regular em seus domicílios, sendo assim uma estratégia a longo prazo de redução na ingestão de sódio, além de estimular o uso de um maior número de alimentos naturais em suas refeições diárias e a adoção de hábitos de vida saudáveis, fazendo com que não apenas o paciente hipertenso, mas sua família passe a ingerir refeições temperadas com a receita fornecida (sem perder o sabor dos alimentos e o prazer inerente à alimentação), adotem opções saudáveis em detrimento dos industrializados e consigam uma melhor qualidade de vida através das mudanças alimentares propostas.

## 8 CRONOGRAMA

<b>CRONOGRAMA DE ATIVIDADES</b>												
Atividades	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Pesquisa bibliográfica na área	X	X	X	X	X	X	X					
Escolha de receita de sal de ervas palatável e de baixo custo		X	X									
Elaboração do TCLE			X									
Seleção de pacientes			X	X								
Início da intervenção, com entrega do MAPA, orientações e receita do sal de ervas.			X	X	X							
Acompanhamento dos pacientes, com aferição de PA na UBS					X	X						
Retorno em consulta ambulatorial dos pacientes, com seleção da amostra por conveniência					X	X	X					
Tabulação e análise dos dados coletados							X	X				

## **9 RECURSOS NECESSÁRIOS**

O plano de intervenção foi elaborado de forma que a variável principal, o sal de ervas, fosse custeado pelos próprios pacientes. Para isso, foi selecionada a receita de sal de ervas que se apresentou mais palatável e com baixo custo. O MAPA ambulatorial foi elaborado manualmente no receituário comum da Unidade básica de saúde. As aferições de PA, necessárias para acompanhamento da variação pressórica dos pacientes do estudo, foram aferidas na própria unidade de saúde, pela técnica de enfermagem da unidade, e em alguns casos de pacientes que relataram dificuldade para se locomover com frequência até a unidade, pela Agente Comunitária de Saúde da área, que também possui formação como técnica de enfermagem. Fez-se uso de esfigmomanômetro manual para uma melhor padronização dos resultados. A receita do sal de ervas foi digitada e impressa com recursos próprios e distribuída aos pacientes do HIPERDIA, mesmo aqueles que se recusaram a participar do PI, de forma a atingir o maior número possível de pessoas da população da área.

## 10 CONCLUSÃO

A redução dos valores de PA traz resultados importantes no desfecho clínico do paciente. Considerando-se que a ingesta de sódio é comprovadamente ligada aos níveis de PA, a redução nestes valores é potencialmente elemento de melhora na condição de saúde das pessoas.

A alta prevalência de HAS na população brasileira é diretamente relacionada a inúmeras comorbidades, que aumentam a mortalidade e morbidade da população geral. Portanto, meios de controle da doença são necessários para se conseguir reduzir seu impacto e consequências a longo prazo.

Entre os pacientes do SUS, a condição financeira da grande maioria não os permite fazer uso de medicações caras ou medidas complexas para controle de suas doenças. É necessário adaptar medidas de melhoria e controle de comorbidades, com opções simples e baratas para viabilizar o tratamento. Neste contexto, é bem mais viável realizar pequenas alterações na alimentação de um paciente que excluir um elemento culturalmente usado pela população. O sal de ervas surge como um substituto do sal de cozinha comum, visando a redução dos níveis de ingesta de sódio, sem perder a palatabilidade dos alimentos, a um preço acessível ao paciente. O presente estudo demonstrou que uma pequena mudança nos hábitos pode ser um fator de significativa melhora nos resultados pressóricos dos pacientes.

Melhorar a adesão do paciente, através da conscientização do mesmo acerca da importância de seu tratamento, apresentar alternativas viáveis para o melhor controle de suas doenças e colocar-se como instrumento de apoio, disponibilizando-se para esclarecimento de dúvidas deve ser papel de toda equipe de saúde comprometida com a qualidade de vida da comunidade.

## REFERÊNCIAS

1. ALESSI, A.; BRANDÃO, A. A.; PAIVA, A. M.; ROCHA NOGUEIRA, A. D.; FEITOSA, A.; CAMPOS GONZAGA, C. D.; *et al.* I Brazilian position paper on prehypertension, white coat hypertension and masked hypertension: diagnosis and management. **Arq Bras Cardiol.**, v. 102, n. 2, pp. 110-9, 2014.
2. BENTLEY, B.; DE JONG, M. J.; MOSER, D. K.; PEDEN, A. R. Factors related to nonadherence to low sodium diet recommendations in heart failure patients. **Eur J Cardiovasc Nurs.**, v. 4, n. 4, pp. 331-6, 2005.
3. BEZERRA, M. N. **Aceitação do sal de ervas em dieta hipossódica.** Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Gastronomia e Saúde) – Universidade de Brasília – UNB, 2008.
4. COOK, N. R.; COHEN, J.; HEBERT, P. R.; TAYLOR, J. O.; HENNEKENS, C. H. Implications of small reductions in diastolic blood pressure for primary prevention. **Arch Int Med**, v. 155, n. 7, pp. 701–9, 1995.
5. DALLEPIANE, L. B. **Efeito do uso de condimentos e da participação da família na adesão à restrição de sódio em um grupo de hipertensos.** Tese (Doutorado em Medicina e Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Do Sul – PUCRS, Porto Alegre, 2004.
6. HE, F. J.; MACGREGOR, G. A. Salt, blood pressure and cardiovascular disease. **Curr Opin Cardiol.**, n. 22, pp. 298-305, 2007.
7. INTERSALT COOPERATIVE RESEARCH GROUP. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 h urinary sodium and potassium excretion. **BMJ**, v. 297, pp. 319-328, 1988.
8. MENETON, P.; JEUNEMAITRE, X.; DE WARDENER, H. E.; MACGREGOR, G. A. Links between dietary salt intake, renal salt handling, blood pressure, and cardiovascular diseases. **Physiol Rev**, n. 85, pp. 679-715, 2005.
9. MORAES, F. P.; COLLA, L. M. Alimentos funcionais e nutracêuticos: definições, legislação e benefícios à saúde. **Revista Eletrônica de Farmácia**, 2006.

10. PITOL, M. M. **Elaboração de sal temperado e aromático com poder antioxidante e reduzido teor de sódio**. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Tecnologia em Alimentos) – Universidade Tecnológica Federal Do Paraná, 2012.
11. RIBEIRO, A. S.; DE MELLO, E. D.; DREHMER, M.; SIMON, M. I. S. S. Levantamento do número de pacientes do hospital de clínicas de Porto Alegre que consomem alimentos não fornecidos pelo hospital. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, v. 27, n. 1, 2007.
12. SACKS, F. M.; SVETKEY, L. P.; VOLLMER, W. M.; *et al.* Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. **N Engl J Med**, n. 344, pp. 3-10, 2001.
13. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Rio de Janeiro, 2016. 103 p.
14. WHELTON, P. K.; HE, J.; APPEL, L. J.; CUTLER, J. A.; HAVAS, S.; KOTCHEN T. A.; *et al.* Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. **JAMA**, v. 288, n. 15, pp. 1882–8, 2002.



**APÊNDICE (S)****APÊNDICE A – TCLE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado **“USO DE DIETA HIPOSSÓDICA NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO NA UNIDADE DE SAÚDE SÃO LUIS, PACATUBA, CEARÁ”**.

O objetivo deste trabalho é otimizar a complementação do tratamento de pacientes hipertensos acompanhados na Unidade Básica de Saúde São Luís através da redução de ingesta de sódio como tratamento não medicamentoso. Para realizar o estudo será necessário que o(a) Sr.(a) se disponibilize a participar de entrevistas e acompanhamento de seus níveis pressóricos, agendados junto a suas consultas de rotina na unidade de saúde.

Os dados adquiridos através de suas avaliações serão utilizados neste estudo. Para a instituição e para a sociedade, esta pesquisa servirá como parâmetro para avaliar os benefícios de uma dieta hipossódica no seguimento de pacientes hipertensos. Em virtude das informações coletadas serem utilizadas unicamente com fins científicos, são garantidos o total sigilo e confidencialidade, através da assinatura deste termo.

Solicitamos a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.

O(a) Sr.(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares. Você poderá desistir da realização do procedimento avaliativo com ausência de ônus financeiro mesmo após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Eu \_\_\_\_\_(nome por extenso) declaro que após ter sido esclarecido (a) pela pesquisadora, lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa intitulada **“USO DE DIETA HIPOSSÓDICA NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO NA UNIDADE DE SAÚDE SÃO LUIS, PACATUBA, CEARÁ”**.

Pacatuba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

## APÊNDICE B – RECEITA DO SAL DE ERVAS

### RECEITA DO SAL DE ERVAS

#### Ingredientes:

- 2 colheres de sopa de sal de cozinha (sal comum)
- 2 colheres de sopa de manjericão desidratado
- 2 colheres de sopa de orégano
- 2 colheres de sopa de alecrim
- 2 colheres de sopa de salsinha
- 1 recipiente de vidro limpo com tampa

#### OU

- 1 POTE (10g) de manjericão, 1 POTE de orégano, 1 POTE de alecrim, 1 POTE de salsinha e a mesma medida do pote de sal de cozinha

#### Modo de fazer:

Bater o sal de cozinha, manjericão, orégano, alecrim e salsinha no liquidificador até obter uma mistura homogênea (o pó deve ficar bem misturado, todo por igual). Colocar a mistura no pote de vidro limpo, tampar. Usar a mistura para temperar os alimentos de todas as refeições da casa, substituindo o sal de cozinha por este sal.

**ANEXO**

ANEXO A – Classificação da pressão arterial (PA) de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

*Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.*

Fonte: 7ª diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.