

A participação da família na adesão à restrição de sódio em adultos e idosos hipertensos: estudo de intervenção randomizado¹

Loiva Beatriz Dallepiane*
Ângelo José Gonçalves Bós**

Resumo

O presente trabalho teve como objetivo avaliar a participação familiar na adesão à restrição de sódio de hipertensos. Participaram deste estudo de intervenção 45 hipertensos, acima de cinquenta anos, randomicamente agrupados em controle e teste. A restrição foi observada por meio de avaliações bioquímicas do sódio urinário de 24h, no início e após três meses de acompanhamento. A intervenção constou na inclusão de condimentos sem propriedade diurética no grupo teste, em preparações culinárias sem adição de sal (NaCl). Os dois grupos receberam visitas domiciliares alternadamente, semanal, quinzenal e mensal, durante o período da intervenção. Para a análise estatística foi utilizado o teste de qui-quadrado, t-Student, análise de variância (Anova), Z de proporções e regressão logística. Os principais resultados observados na análise de regressão logística indicaram que pessoas com participação familiar no grupo teste tiveram significativamente mais chances de

apresentar ingestão normal de sódio ao final da intervenção. Conclui-se que a família exerce ação importante na adesão e manutenção à restrição de sódio e que a introdução de ervas aromáticas na dieta aumenta esse efeito. Destacamos a importância do papel do profissional de nutrição na correta orientação à dieta com restrição de sódio.

Palavras-chave: Envelhecimento. Sal. Orientação nutricional. Família. Hipertensão.

* Doutora em Ciências da Saúde: Geriatria pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professora do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

** Doutor em Medicina pela Tokai University School of Medicine; Pós-Doutor pelo National Institute on Aging, Gerontology Research Center; Pós-Doutor pelo National Institute on Aging. Pós-Doutor pela Johns Hopkins University. Professor orientador do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Recebido em fev. 2008 e avaliado em abr. 2008

Introdução

No Brasil as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade e a prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS), de 11 a 20%, tem uma forte relação com o acidente vascular encefálico (AVE) e com o infarto agudo do miocárdio (IAM), respectivamente, em 85% e 40% dos pacientes. Na faixa etária de 30 a 69 anos, essas doenças são responsáveis por 65% do total de óbitos, atingindo a população adulta em plena fase produtiva (BRASIL, 2001).

Segundo Sander (2002), uma das mudanças causadas pelo processo de transição epidemiológica foi o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, entre elas a HAS. O aumento da pressão arterial, particularmente da pressão arterial sistólica, foi tradicionalmente considerado um componente fisiológico normal do processo de envelhecimento. Entretanto, a elevação da pressão arterial, especialmente da pressão arterial sistólica, representa uma manifestação fisiopatológica de alteração da fisiologia e anatomia cardiovascular, tendo como conseqüências um aumento na morbidade e mortalidade cardiovasculares, inclusive nas faixas etárias mais elevadas.

O crescimento demográfico da população brasileira na faixa etária acima de sessenta anos, e em especial o verificado nos grandes centros urbanos, tem sido motivo de grande interesse por parte dos estudiosos em vários países do mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, o número de idosos no Brasil crescerá 15 vezes entre 1950 e 2025, com aproximadamente 32 milhões de pessoas com sessenta anos ou mais, enquanto a população total crescerá cinco vezes. Esse crescimento colocará o Brasil como o sexto país do mundo em população

idosa se comparado com a atual décima sexta posição (CHAIMOWICKZ, 1997; SILVESTRE et al., 1996). A rápida mudança do quadro etário no Brasil mostrará uma redução na porcentagem de jovens de 42,6% para 20,6% e um aumento de 2,7 para 14,7% na de idosos. No município de Ijuí - RS, os idosos representam 10,04% da população, conforme censo demográfico do IBGE (2000), semelhante ao encontrado no Rio Grande do Sul, de 10,45%, ao passo que no Brasil é de 8,56%.

Apesar das controvérsias, o papel do sódio na HAS persiste em dominar a literatura mundial. Estudos têm demonstrado que, reduzindo o consumo de sódio, as pessoas reduzirão sua pressão sanguínea (INTERSALT, 1988; WHELTON et al., 1997; MANT, 1997; LAW; FROST; WALD, 1991). A modificação dietética, porém, apesar de necessária e significativa, não é facilmente alcançada (MANT, 1997). A adesão ao tratamento pode ser caracterizada como a extensão na qual o comportamento do indivíduo, quanto a tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudança no estilo de vida e comparecer às consultas, coincide com as orientações médicas ou de outros profissionais da área de saúde (HORWITZ; HORWITZ, 1993).

Considerando o aumento da população idosa no Brasil, o objetivo fundamental na atenção à saúde do idoso, segundo o Ministério da Saúde, é conseguir a manutenção de um estado de saúde com a finalidade de atingir um máximo de vida ativa, comunitária e familiar, com o maior grau possível de independência funcional e autonomia. Essa é a fase da vida em que as pessoas computam muitos ganhos, mas também muitas perdas, entre as quais se destaca a saúde como um dos aspectos mais afetados nos idosos (RODRIGUES, 1996).

Para Carter e McGoldrick (1995), no contexto familiar o idoso encontra-se apoiado no estágio tardio da vida. Existe um entendimento equivocado de que a maioria dos idosos não tem família ou de que não se relaciona com elas, sendo, geralmente, colocados em instituições, e que existe pouca interação familiar com pessoas mais velhas da família. A realidade é que a maioria das pessoas acima de 65 anos de idade convive com a família.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a família tem importante influência na manutenção de uma boa capacidade funcional do idoso, permitindo uma melhor qualidade de vida. Segundo Veras et al. (2002), a maior parte das doenças crônicas, a exemplo da HAS, que acometem o indivíduo idoso tem na própria idade seu principal fator de risco. Contudo, a presença dessas não implica que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar o seu dia-a-dia de forma totalmente independente.

Assim, este estudo teve o objetivo de avaliar a participação da família na adesão à restrição de sódio num grupo de adultos e idosos hipertensos. A hipótese deste objetivo é que a família, quando compartilha modificações na dieta, tem papel importante na restrição da ingestão de sódio pelo hipertenso.

Casuística e métodos

Foi realizado um estudo de intervenção do tipo randomizado, envolvendo a amostra de 54 pessoas hipertensas cadastradas no Centro de Atenção à Saúde (CAS) Luiz Fogliatto, Ijuí - RS, de ambos os gêneros, acima de cinquenta anos de idade e com pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg ou menor, desde que fazendo uso de anti-hipertensivos. Não foram

incluídas as pessoas que apresentavam co-morbidades, como diabetes mellitus (DM), insuficiência renal crônica (IRC), doenças da tireóide, alcoolismo; uso regular de antiinflamatórios esteróides e não esteróides e mulheres com tratamento de reposição hormonal. As 54 pessoas foram identificadas pelo prontuário do Centro de Atenção à Saúde e correspondiam aos critérios de inclusão, sendo alocadas randomicamente em dois grupos de estudo, de idêntico tamanho (controle e teste). Durante o acompanhamento, nove pessoas saíram do estudo, das quais sete não foram encontradas em razão de mudança de endereço e cidade e duas foram a óbito, o que determinou o estudo final e análise de 25 pessoas no grupo teste e 20 pessoas no grupo de controle.

Após a randomização, para controlar o efeito da intervenção dietética foram realizadas avaliações bioquímicas de sódio urinário de 24h no início da intervenção e após três meses. A logística do estudo consistiu na inclusão no grupo teste de temperos, ervas aromáticas, especiarias em geral e molho de tomate sem adição de sal, que foram genericamente denominados de “condimentos”, ofertados ao hipertenso considerando o número de pessoas da família e a duração de todo o período de intervenção e para ser utilizado por toda a família. Para ambos os grupos houve orientações verbal e escrita, coletiva e individualmente, sobre cuidados na alimentação quanto à restrição de sódio e utilização de temperos como substitutos do sal de adição no preparo dos alimentos, além de visitas domiciliares, assim distribuídas: semanal, quinzenal e mensalmente, no primeiro, segundo e terceiro mês, consecutivamente. Foi instituído como representante da família o hipertenso participante da pesquisa.

As variáveis analisadas foram: socio-demográficas e hábitos de vida; adesão à restrição de sódio, entendida como o aumento do número de participantes com ingestão de sódio < 2400 mg após três meses de intervenção, e o papel da família, avaliado em dois aspectos: apoio e participação familiar. O apoio familiar foi entendido como presente ou ausente, quando o participante expressava se a família cooperava com a sua dieta de restrição de sódio nas entrevistas inicial e final do período de intervenção. A participação familiar foi entendida como presente ou ausente quando a pesquisadora ou auxiliares de pesquisa observaram durante as visitas domiciliares próximas às entrevistas (inicial e final do período de intervenção) sinais de real participação da família, expressos verbalmente pelo participante ou por seus familiares e registrados nos relatórios de visitas domiciliares.

Na análise estatística, as características iniciais, sociodemográficas e hábitos de vida utilizados foram comparados entre os grupos controle e teste para verificar a homogeneidade do perfil inicial dos mesmos. Tabelas de dispersão entre as variáveis categóricas (gênero, escolaridade, estado civil, profissão, renda familiar, tabagismo e medicamentos utilizados) e os grupos foram criadas e sua relação foi testada pelo qui-quadrado. Idade e composição familiar foram expressas em média \pm desvio-padrão e as diferenças dessas médias entre os dois grupos foram testadas pelo t-Student não pareado.

As variáveis “apoio familiar” e “participação familiar” tiveram sua distribuição observada entre os dois grupos: controle e teste. A relação das variáveis com os grupos foi testada pelo qui-quadrado. A mudança do apoio e participação familiar foi observada comparando-se a

distribuição dessas variáveis em cada um dos grupos no início e no final do período de intervenção. A regressão logística foi utilizada para calcular a chance, através da razão de chance, de o participante com apoio familiar apresentar uma ingestão salina normal. A mesma análise foi utilizada com a variável participação familiar, ambas no período final da intervenção. A esses dois modelos univariados foi acrescentada a variável grupo teste para avaliar a influência da intervenção ativa sobre o apoio e a participação familiar.

Na interpretação do resultado da regressão logística, a razão de chance maior do que 1 foi relacionada a uma maior chance de excreção salina normal, ou seja, ingestão de sódio \leq 2 400 mg ao dia. O intervalo de confiança de 95% foi utilizado para verificar a significância do teste. Quando ambos os intervalos estavam acima ou abaixo de 1, o teste foi considerado significativo. Os dados foram processados e analisados utilizando-se o *software* Epi Info 2002. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

O projeto foi realizado de acordo com as recomendações da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, sob o nº 462/01. O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado conjuntamente pelo participante e por um familiar.

Resultados

O perfil geral dos participantes foi comparado quanto às variáveis sociodemográficas e hábitos de vida. A não-ocorrência de diferenças significativas entre os grupos de controle e teste demonstra um

perfil homogêneo na população em estudo, aceitando-se, assim, a comparação entre os dois grupos (Tab. 1). A idade variou de 50 a 82 anos no grupo controle, com média de $62,3 \pm 8,8$ anos, predominando a faixa etária entre 60 e 69 anos (45%); no grupo teste variou de 52 a 80 anos, com média de $64,1 \pm 8,4$ anos e predominância (36%) também para as faixas etárias de 50 a 59 anos e de 60 a 69 anos. Em ambos a população foi composta principalmente

de mulheres alfabetizadas, casadas, profissionais do lar, com renda familiar mensal de até um salário mínimo e sem hábito de tabagismo. A composição familiar, na sua maioria, era de duas a quatro pessoas, variando de uma a sete, com média de $3,4 \pm 1,8$ pessoas, no grupo controle, e de duas a oito pessoas, com média de $3,6 \pm 1,6$ pessoas, no grupo teste.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e hábito de vida na avaliação inicial entre os grupos controle e teste.

Variáveis sociodemográficas	Controle (n = 20)	Teste (n = 25)	p
Gênero [N (%)]	13 (65)	20 (80)	N.S.
Feminino	7 (35)	5 (20)	
Masculino	20 (100)	25 (100)	
Total			
Idade (em anos) (Média \pm DP)	$62,3 \pm 8,8$	$64,1 \pm 8,4$	N.S.
Escolaridade [N (%)]	4 (20)	12 (48)	N.S.
Analfabeto	16 (80)	13 (52)	
Alfabetizado	20(100)	25 (100)	
Total			
Estado civil [N (%)]	13 (65)	13 (52)	N.S.
Casado	7 (35)	12 (48)	
Não casado	20 (100)	25 (100)	
Total			
Profissão [N (%)]	5 (25)	6 (24)	N.S.
Aposentado	10 (50)	14 (56)	
Do Lar	5 (25)	5 (20)	
Outros	20 (100)	25 (100)	
Total			
Renda familiar (salário mínimo) [N (%)]	11 (55)	15 (60)	N.S.
≤ 1	9 (45)	10 (40)	
> 1	20 (100)	25 (100)	
Total			
Composição familiar (Média \pm dp)	$3,4 \pm 1,8$	$3,6 \pm 1,6$	N.S.
Tabagismo [N (%)]	4 (20)	2 (8)	N.S.
Fumante	16 (80)	23 (92)	
Não-fumante	20 (100)	25 (100)	
Total			

Os grupos foram também comparados quanto ao uso e número de medicamento anti-hipertensivo, observando-se que não houve diferença significativa entre eles, conferindo a homogeneidade dos participantes. O principal medicamento utilizado foi da categoria dos diuréticos (hidroclorotiazida) em ambos os grupos, cujo consumo médio diário foi de $2,3 \pm 1,6$ e $2,3 \pm 1,3$ comprimidos ao dia, respectivamente, para os grupos controle e

teste. Para estimar a quantidade desses medicamentos utilizou-se o registro do prontuário e da entrega, correspondente a cada etapa de avaliação. A partir da média mensal, dividiu-se o total por trinta dias para visualizar o consumo diário.

Quanto à adesão à restrição de sódio, observa-se na Tabela 2 um aumento estatisticamente significativo para o grupo teste ao final da intervenção.

Tabela 2 - Distribuição percentual das pessoas com ingestão de sódio ≤ 2400 mg/dia entre os grupos controle e teste.

Etapas de avaliação	Controle N (%)	Teste N (%)
Início da intervenção	7 (35)	8 (32)
Final da intervenção	10 (50) ^a	15 (60) ^b

^a Teste Z para proporções $p = N.S.$ para comparação da proporção de pessoas com ingestão de sódio ≤ 2400 mg/dia com o grupo no início da intervenção.

^b Teste Z para proporções $p < 0,05$ para comparação da proporção de pessoas com ingestão de sódio ≤ 2400 mg/dia com o grupo no início da intervenção.

Para identificar o papel da família na adesão à restrição do sódio utilizaram-se duas categorias, denominadas “participação familiar” e “apoio familiar”. Na participação familiar utilizou-se o diário de acompanhamento das auxiliares de pesquisa nas visitas domiciliares e, no apoio familiar, informações dos participantes por ocasião de duas entrevistas, uma no início e outra ao final do período de intervenção.

Conforme a Tabela 3, segundo os hipertensos, os familiares passaram a apoiar mais a restrição de sódio após a intervenção no grupo teste, considerado estatisticamente significativo. Esse apoio não reflete o envolvimento do familiar, apenas um incentivo para que o hipertenso diminua a ingestão de sódio.

Tabela 3 - Papel da família na adesão à restrição de sódio entre os grupos controle e teste.

Papel da Família	Grupo Controle		Grupo Teste	
	Início	Final	Início	Final
Participação familiar	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Presente	10 (50)	11 (55)	4 (16)	8 (32)
Ausente	10 (50)	9 (45)	21 (84)	17 (68)
Total	20 (100)	20 (100)	25 (100)	25 (100)
Apoio familiar				
Presente	13 (65)	14 (70)	14 (56)	23 (92) ^a
Ausente	7 (35)	6 (30)	11 (44)	2 (8)
Total	20 (100)	20 (100)	25 (100)	25 (100)

^a Teste do qui-quadrado $p < 0,05$ para grupo teste e apoio familiar.

A Tabela 4 expressa os resultados dos modelos de regressão logística, que calculam as chances de pessoas com apoio ou participação familiar apresentarem uma ingestão normal de sódio (≤ 2400 mg/dia) ao final do período de intervenção. São apresentados modelos univariados, nos quais as variáveis independentes (apoio familiar e participação familiar) são introduzidas separadamente, e modelos bivariados, em que a co-variável grupo teste foi introduzida para observar o efeito desta sobre as primeiras. A variável grupo teste é definida como uma variável binomial, tendo o valor 1, se grupo teste, e zero, se grupo controle.

Os resultados dos modelos com apoio familiar, tanto univariados como bivariados, demonstraram que pessoas com apoio familiar não aumentaram significativamente as chances de apresentar

ingestão de sódio normal no final do período de intervenção, pois os intervalos de confiança variaram de valores abaixo de 1 até valores acima de 1. Os resultados dos modelos com participação familiar indicaram que pessoas com participação familiar têm significativamente mais chances de apresentar ingestão normal de sódio. A variável grupo teste não foi significativa em nenhum modelo, entretanto a sua introdução no modelo da participação familiar aumentou a razão de chance desta variável, demonstrando sua influência. Em outras palavras, a participação familiar foi mais efetiva no grupo teste do que no grupo controle. O apoio familiar muitas vezes se traduz pelo incentivo a que o hipertenso siga uma restrição ao sódio, sem que o familiar participe efetivamente; na participação familiar, ao contrário, há o envolvimento do familiar no processo.

Tabela 4 - Razão de chance e intervalo de confiança (IC) dos modelos univariados e bivariados de regressão logística para apoio ou participação familiar, usando a co-variável grupo teste e variável dependente ingestão normal de sódio após o final da intervenção.

Modelos	Modelos univariados ^a		Modelos bivariados ^b	
	Razão de chance	IC 95%	Razão de chance	IC 95%
Modelos com apoio familiar				
Apoio familiar	1,176	0,25-5,43	1,083	0,22-5,35
Intervenção (grupo Teste)	1,273	0,39-4,14	1,251	0,37-4,28
Modelos com participação familiar				
Participação familiar	7,083	1,81-27,8	9,625	2,08-44,5
Intervenção (grupo Teste)	1,273	0,39-4,14	2,511	0,57-11,0

^a Variáveis independentes com coeficientes calculados separadamente.

^b Variáveis independentes com coeficientes calculados no mesmo modelo.

Discussão

Os resultados encontrados sugerem que a introdução de condimentos no grupo teste influenciou positivamente na participação da família no tratamento não farmacológico da HAS no tocante à ingestão normal de sódio. Considerando uma forte correlação entre HAS e história familiar, julgou-se que a maior adesão da família na restrição de sódio não só beneficia imediatamente o hipertenso, mas é eficaz também como medida de prevenção primária aos seus familiares. Segundo Mancilha-Carvalho e Silva (2003), quanto mais baixa é a ingestão de sódio, menor é a prevalência de HAS e o efeito do envelhecimento sobre a mesma.

A literatura registra que a adesão a recomendações dietéticas é difícil de ser alcançada por várias razões: o plano alimentar geralmente é restritivo; a dieta sem adição de sal é relatada como insípida pela maioria dos pacientes (GLANZ, 1980); a mudança na dieta é usada mais para controlar do que para curar a doença (WILKER, 1982); as alterações nos hábitos alimentares se dão a longo prazo; muitos pacientes são assintomáticos para condições tais como a HAS; os pacientes não se sentem doentes e, portanto, não entendem a necessidade de mudanças no estilo de vida (KIRSCHT; ROSENSTOCK, 1997). Entretanto, neste trabalho concluímos que a introdução de condimentos pode contribuir positivamente para uma maior adesão às mudanças na dieta. Não foram encontrados trabalhos semelhantes na literatura.

Quando avaliado o apoio ou a participação familiar, ficou evidente que a maioria dos hipertensos, quando ques-

tionados sobre sua família, informou que recebia apoio, o que diferiu dos resultados da participação familiar, os quais foram registrados pela observação e diálogo com os participantes por ocasião das visitas domiciliares. Nestes indicou-se que os familiares que se envolvem e ajudam na redução do sódio são em menor percentual do que relatam efetivamente os hipertensos. Este trabalho confirmou que a participação familiar é importante e influencia positivamente na diminuição do sódio, demonstrando que apenas o apoio da família não é suficiente para a mudança de hábito. Contudo, a participação efetiva, entendida como envolvimento do familiar na mudança do hábito do hipertenso, confirmou-se pelo teste de regressão logística.

Até então, autores como Evers et al. (1987) apenas sugeriam que o suporte familiar poderia oferecer uma influência forte e positiva na adesão à restrição de sódio. Tuomilehto et al. (1981) também sugeriram que um programa bem-sucedido de intervenção deve ser dirigido não somente às pessoas individualmente, mas também às famílias, à indústria de alimentos e a toda a comunidade. Para o autor, o consumo de sal faz parte do estilo de vida atual e está inteiramente associado ao ambiente e à vida cotidiana de uma comunidade.

O sal, no contexto da HAS, e sua relação com a comida revelam representações simbólicas, culturalmente estabelecidas, de fácil acesso, baixo custo e alto poder de condimentação; está também relacionado a uma maior sensação de saciedade por períodos mais prolongados. Na compreensão desses aspectos, entendemos que a de modificação nos hábitos de vida não é

fácil, entretanto é possível, principalmente por meio de um processo de educação multidisciplinar, que não considere somente aspectos técnicos do tratamento não farmacológico.

Considerando-se que o sabor salgado é uma preferência adquirida, a perspectiva é de que as pessoas possam diminuir essa preferência, juntamente com outras medidas de modificação do estilo de vida no tratamento não farmacológico da HAS e na sua prevenção. Acreditamos que um esforço conjunto, enquanto força-tarefa, pode ser instituído como programa governamental de ações em saúde pública, envolvendo a comunidade científica, política, empresas e movimentos comunitários, com acompanhamento sistemático ao longo do tempo para identificar progressos e falhas e adequá-lo ao entendimento da população.

Conclusões

Este trabalho concluiu que o papel da família, como participante da restrição de sódio, não apenas espectadora do tratamento, teve influência decisiva na adesão à restrição de sódio, verificada após o período de intervenção. Conclui também que esse efeito foi potencializado pelo uso de condimentos no preparo das refeições. Esses resultados nos levam à hipótese de que o uso de condimentos sem a adição de sódio é bem aceito por outros componentes da família, que, assim, conseguem participar mais efetivamente junto com o paciente da dieta restritiva de sódio. Destaca-se ainda que a idade não foi fator limitante para a mudança de hábitos alimentares, visto ser a população composta predominantemente por idosos.

Cabe salientar ainda a importância do profissional de nutrição na orientação à dieta com restrição de sódio.

The participation of the family in the attachment to the restriction of sodium intake by hypertensive adults and elderly: randomized intervention trial

Abstract

The present work had as objective to evaluate the familiar participation in the attachment to the restriction of sodium intake by hypertensive patients. Participated in this intervention study, 45 hypertensive patients, over 50 years old, randomly grouped in control group and test group. The restriction was assessed by biochemical measurements of 24 hours urinary excretion of sodium, at beginning, and 3 months of follow-up. The intervention consisted of including herbal condiments, with no diuretic properties in the Test group, in some food with no salt addition (NaCl). The members of the two groups were visited at home alternately in weekly, biweekly and monthly, during the period of the intervention. The data was analyzed using chi-square test, t-Student, variation analysis (Anova), Z test for proportions, and logistic regression. The main results observed in the Logistic Regression Analysis, people with familiar participation in the Test Group had significantly more chances of presenting normal ingestion of sodium at the end of the intervention. The family exerted important action on the attachment and maintenance to the restriction of sodium, while this effect

was much important with the introduction of herbal condiments. We stress the importance of the nutritionist as an important key in the correct orientation of sodium restriction diet.

Key words: Aging. Salt. Nutritional orientation. Family. Hypertension.

Nota

- ¹ Elaborado a partir da tese de doutorado em Ciências da Saúde de DALLEPIANE, L. B. Efeito do uso de condimentos e da participação da família na adesão à restrição de sódio em um grupo de hipertensos. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, da Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2004, 100 p.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus – Protocolo*. Brasília, 2001. (Cadernos de Atenção Básica, 7).
- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Epi Info 2002 Versão 2*. [programa de computador]. Washington, EUA, 30 jan. 2003.
- CHAIMOWICKZ, F. A. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.
- EVERS, S. E. et al. Lack of impact of salt restriction advice on hypertensive patients. *Preventive Medicine*, v. 16, p. 213-220, 1987.
- GLANZ, K. Compliance with dietary regimens: its magnitude, measurement and determinants. *Prev. Med.*, 9, p. 787-804, 1980.
- HORWITZ, R. I.; HORWITZ, S. M. Adherence to the treatment and health outcomes. *Arch. Inter. Med.*, v. 153, p. 1863-1868, 1993.
- INTERSALT COOPERATIVE RESEARCH GROUP. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *Br. Méd. J.*, v. 297, p. 319-328, 1988.
- KIRSCHT, J. P.; ROSENSTOCK, I. M. Patient adherence to antihypertensive medical regimens. *J. Commun Health*, v. 3, p. 115-124, 1997.
- LAW, M. R.; FROST, C. D.; WALD, J. N. By how much does dietary salt reduction lower blood pressure? I – analysis of observational data among populations. *B. M. J.*, v. 302, p. 811-815, 1991.
- MANCILHA-CARVALHO J. J.; SILVA, N. A. S. Os Yanomami no Intersalt. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 80, n. 3, p. 289-294, 2003.
- MANT, D. Effectiveness of dietary intervention in general practice. *The American Journal of Clinical Nutrition*, v. 65, (5 suppl 6), p. 1933s-1938s, 1997.
- RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. D. E. (Org.). *Como cuidar dos idosos*. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1996.
- SANDER G. E. High blood pressure in the geriatric population: treatment considerations. *Am. J. Geriatric Cardiology*, v. 11, n. 4, p. 223-32, 2002.
- SILVESTRE, J. A. et al. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. *Arq. Geriat. Gerontol.*, v. 1, p. 81-89, 1996.
- TUOMILEHTO, J. et al. A community-based intervention study on the feasibility and effects of the reduction of salt intake in North Karelia, Finland. *Acta Cardiologica*, v. 2, p. 83-104, 1981.
- VERAS, R. et al. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: VERAS, R. *Terceira idade: gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro: UnATI/Uerj, 2002. cap. 1.
- WHELTON, P. K. et al. Efficacy of nonpharmacologic interventions in adults with high-normal blood pressure: results from phase 1 of the trials of hypertension prevention. *Am. J. Clin. Nutr.*, v. 65 (suppl), p. 652s-60s, 1997.

WILKER, J. A. The role of diet in the treatment of high blood pressure. *J. Amer. Diet. Assoc.* v. 80, p. 25-29, 1982.

Endereço

Loiva Beatriz Dallepiane
Universidade Regional do Noroeste do
Estado do Rio Grande do Sul
Departamento de Ciências da Saúde
Rua do Comércio, 3000, Campus
Universitário
CEP 98700-000
Ijuí - RS
E-mail: loiva@unijui.edu.br