

Julia Lange Luna<sup>1</sup>  
Leandro Alves da Luz<sup>1</sup>  
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas<sup>1</sup>  
Marina Luna Pamponet<sup>1</sup>  
Maria Guadalupe Medina<sup>1</sup>  
Rosana Aquino<sup>1</sup>  
Ana Carla Fonseca<sup>1</sup>

**Consumption of fruits, vegetables, oils and fats and level of physical activity in the population with arterial hypertension and / or diabetes mellitus enrolled in a Family Health Strategy Program in Salvador, Bahia**

**| Consumo de frutas, vegetais, óleos e gorduras e nível de atividade física em população portadora de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus adscrita à Estratégia de Saúde da Família em Salvador, Bahia**

**ABSTRACT | Introduction:** *Systemic hypertension and diabetes mellitus (DM) contribute to high mortality rate and pose a challenge for health care and policy.*

**Objective:** *To characterize the dietary and physical activity patterns in individuals with hypertension and / or diabetes mellitus enrolled in a family health strategy program carried in sanitary district of Salvador-BA.*

**Methods:** *The household survey involved 1,214 adults aged of 20-75 and focused on the consumption of fruits, vegetables, oils and fats and physical activity level.*

**Results:** *The prevalence of hypertension and/or diabetes mellitus was 23.6%. In the multivariate model, the daily consumption of vegetables (OR: 1.47) and the removal of visible fat from meat or chicken (OR: 1.52) were positively associated with hypertension and/or diabetes. Being physically active was negatively associated with hypertension and/or diabetes mellitus only in the bivariate model (OR: 0.73). **Conclusion:** *It is essential to strengthen the promotion of healthy habits in the population of hypertensive and diabetic enrolled in a family health program in the studied area.**

**Keywords |** *Feeding behavior; Motor activity; Hypertension; Diabetes mellitus; Family health.*

**RESUMO | Introdução:** A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) apresentam elevada morbi-mortalidade desafiando os serviços de saúde, quanto ao seu efetivo controle. **Objetivo:** Caracterizar o nível alimentar e de atividade física em portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus adscritos à estratégia de saúde da família de um distrito sanitário em Salvador-BA.

**Métodos:** Trata-se de um inquérito domiciliar, realizada com 1.214 adultos na faixa etária entre vinte e setenta e cinco anos, considerando o consumo de frutas, vegetais, óleos e gorduras e nível de atividade física. **Resultados:** A prevalência de HAS e/ou DM foi de 23,6%. No modelo multivariado, o consumo diário de legumes e verduras (OR: 1,47) e a remoção da gordura visível da carne ou frango (OR: 1,52) associaram-se positivamente com a condição de HAS e/ou DM. O nível fisicamente ativo associou-se negativamente com a condição de portador de HAS e/ou DM apenas no modelo bivariado (OR: 0,73). **Conclusão:** Torna-se fundamental reforçar as ações de promoção dos hábitos indicados junto à população de hipertensos e diabéticos vinculados à Saúde da Família no território estudado.

**Palavras-chave |** Comportamento alimentar; Atividade motora; Hipertensão; Diabetes mellitus; Saúde da família.

<sup>1</sup>Universidade Federal da Bahia. Salvador/BA, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) apresentam elevada morbi-mortalidade desafiando os serviços de saúde, quanto ao seu efetivo controle<sup>1-3</sup>. Em 2000, a população mundial portadora de HAS era estimada em 25% e em 2025, espera-se que aumente para 29%<sup>4</sup>. O DM, em 2000, contava com 171 milhões de portadores em todo o mundo. Em 2030, estima-se que esse número aumente para 366 milhões, sendo que 11,3 milhões desses indivíduos estarão no Brasil<sup>5</sup>. O envelhecimento da população, o sedentarismo, hábitos alimentares inadequados e outras mudanças sócio-comportamentais contribuem para esta prevalência<sup>6-9</sup>.

Desde a década de 90, observou-se um aumento nos dispêndios com alimentos industrializados e redução nos gastos com alimentos in natura<sup>10</sup>. O aumento do consumo de alimentos pouco saudáveis, como os ultraprocessados e o excesso de nutrientes como sódio, gorduras e açúcares têm relação direta com o aumento na prevalência da HAS e do DM<sup>11</sup>.

A prática de atividade física regular é, também, fator importante na redução do risco e da morbidade por HAS e DM, pois proporciona aos indivíduos melhoria na pressão sanguínea e nos níveis glicêmicos<sup>12</sup>. Os benefícios mínimos são atingidos em adultos ao realizarem 30 minutos diários de atividade física de intensidade moderada. No entanto, segundo a Organização Panamericana de Saúde, 60% da população não atendem tal recomendação<sup>6</sup>.

Diante deste contexto, torna-se essencial a mudança no estilo de vida dos portadores de HAS e DM. A adoção de hábitos saudáveis deve acontecer, também, na infância e adolescência, de forma a respeitar as especificidades regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos<sup>8</sup>.

O governo brasileiro tem desenvolvido esforços para o controle das doenças crônicas não transmissíveis, entre as quais destacam-se a HAS e o DM<sup>13,14</sup>. Ações inter-setoriais de promoção da saúde, ampliação do acesso à atenção básica e à assistência farmacêutica são exemplos desse investimento governamental<sup>15</sup>. Entretanto há muito o que fazer quanto ao estímulo à alimentação saudável e ao combate ao sedentarismo, de modo a reduzir a morbi-mortalidade pela HAS e DM em nosso meio, especialmente junto às populações economicamente vulneráveis<sup>16</sup>.

Ações de promoção da saúde são parte integrante das práticas dos profissionais da atenção primária e compõem o cuidado a portadores de HAS e DM. As políticas específicas vigentes no Brasil<sup>17</sup> destacam a adesão da população a hábitos alimentares saudáveis e à prática regular de atividade física como resultados esperados para o controle desses agravos e de outras doenças crônicas não-transmissíveis.

O fortalecimento das práticas de promoção à saúde realizadas por equipes de Saúde da Família em um distrito sanitário de Salvador, mediante uma parceria entre uma Universidade Pública e os serviços de saúde, levou à necessidade de conhecer o nível alimentar e de atividade física de adultos de modo a elaborar uma proposta de qualificação dos profissionais mais próxima do contexto local. Considerando os benefícios de práticas de promoção da saúde para o controle da HAS e do DM, o objetivo deste estudo foi caracterizar o nível alimentar e de atividade física de portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus adscritos à Estratégia de Saúde da Família de um distrito sanitário do município de Salvador, Bahia.

## MÉTODOS |

Trata-se de um inquérito domiciliar, parte da pesquisa intitulada “Acessibilidade às ações de atenção primária e adoção de hábitos saudáveis em populações cobertas pelo Programa Saúde da Família”.

A população estudada foi de 1.214 adultos na faixa etária entre vinte e setenta e cinco anos, residentes nas áreas adscritas às equipes de saúde da família (ESF) de duas unidades de saúde do Distrito Sanitário Liberdade em Salvador–BA.

O Distrito Sanitário Liberdade possui uma área geográfica de 6,74 km<sup>2</sup> e uma população estimada em 2007 de 170.700 habitantes, sendo a densidade demográfica de 25,3 hab/km<sup>2</sup>. O distrito abrange 22 bairros e possui duas Unidades de Saúde da Família, totalizando seis equipes<sup>18</sup>.

Foi realizada amostra sistemática e representativa da população residente na área de abrangência das ESF em dois estágios. O primeiro foi realizado a partir do sorteio de 1500 famílias para cada uma das áreas de abrangências das equipes, a partir das fichas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As substituições das famílias foram

realizadas quando o domicílio estava fechado ou quando não havia membros destas dentro dos critérios de inclusão. Como critério de substituição, para a primeira, utilizou-se substituição da família seguinte à sorteada no cadastro do na ficha do ACS, e para a segunda substituição, a família antecessora à substituída na ficha do ACS.

O segundo estágio, utilizado para a seleção do entrevistado, foi realizado sorteio de um indivíduo na faixa etária definida em cada família. Nesta etapa, na impossibilidade de se realizar a entrevista com o sorteado, o retorno era marcado, podendo ser no máximo de três, caso contrário, excluía-se a família, não sendo substituída.

Os dados foram coletados no domicílio através de entrevista estruturada e pré-codificada. A primeira parte do questionário constava informações sobre os residentes do domicílio e a segunda com informações apenas do indivíduo sorteado. A coleta de dados foi conduzida no período de dezembro de 2009 a fevereiro de 2010 por entrevistados devidamente treinados. As perdas ocorridas deveram-se a recusa do sorteado a participar do estudo, do sorteado não ter sido encontrado em três visitas ao domicílio em diferentes turnos e após a segunda substituição de domicílio sem sucesso na realização da entrevista.

Como variável independente principal foi utilizada a condição autorreferida de portador de HAS e/ou DM. As demais variáveis independentes utilizadas foram: sexo, idade, escolaridade, situação de trabalho, situação conjugal, raça/cor, realização de consulta na Unidade de Saúde da Família (USF) de referência no último ano.

As variáveis dependentes do estudo foram consumo diário de frutas, consumo diário de legumes e verduras, uso de óleo vegetal para cozimentos dos alimentos, remoção da gordura visível da carne ou frango antes do consumo e nível de atividade física, sendo considerado consumo diário a ingestão superior a quatro vezes por semana.

O instrumento para análise da frequência alimentar considerou o “Guia Alimentar para a população Brasileira”-2005, que é um dos instrumentos construídos no âmbito das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. O nível de atividade física foi avaliado através do questionário padronizado “*International Physical Activity Questionnaire*” (IPAQ) em sua versão curta e classificado em nível ativo e sedentário, sendo considerado sedentário aquele indivíduo

que não alcançou o mínimo de atividade necessária para adquirir os benefícios da atividade física<sup>19</sup>.

Para análise dos dados as variáveis categóricas foram descritas por meio de suas frequências absolutas (*n*) e relativas (%). Diferenças entre proporções foram avaliadas pelo teste Qui-Quadrado de Pearson. Realizou-se também regressão logística bivariada e multivariada para analisar a associação entre a condição portador de HAS e/ou DM e as variáveis independentes. Os dados foram processados e analisados através dos softwares EPINFO 6 e STATA 10.

O projeto, do qual este estudo faz parte, “Acessibilidade às ações de atenção primária e adoção de hábitos saudáveis em populações cobertas pelo Programa Saúde da Família” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia protocolo nº 038-09 CEP/ISC, respeitando as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS |

A população de estudo foi composta por 1.214 indivíduos, sendo a prevalência de HAS e/ou DM de 23,6% nesta população.

As prevalências de HAS e/ou DM foram maiores entre as mulheres (26,3%), entre os maiores de 60 anos (48,8%), entre aqueles com escolaridade entre 0 a 8 anos de estudos (33,9%), entre os que não trabalhavam (29,5%) e entre os negros ou pardos (24,2%). Entre os solteiros, divorciados, separados ou viúvos e entre os casados ou que moravam junto, a prevalência de HAS e/ou DM foi semelhante (23,7% e 23,6%, respectivamente) Observou-se associação estatisticamente significativa com sexo, idade, escolaridade e situação de trabalho. Não houve associação com situação conjugal e raça/cor (Tabela1).

O hábito de consumir frutas diariamente foi mais comum entre os portadores de HAS e/ou DM (53,7%), assim como o hábito de consumir legumes e verduras diariamente (39,9%) e o hábito de retirar a gordura visível da carne ou do frango (82,2%). A porcentagem de indivíduos que costumavam usar óleo vegetal no cozimento dos alimentos foi semelhante entre a população total e os portadores de HAS e/ou DM (91,5% e 90,8%, respectivamente). O nível ativo de atividade

física foi mais comum na população geral (66,6%) do que entre os portadores de HAS e/ou DM (Tabela 2).

Tabela 1 - Prevalência de HAS e/ou DM segundo características sócio demográficas em residentes em área adscrita a seis equipes de Saúde da Família, em um distrito sanitário de Salvador/BA, 2009-2010.

	N	Portador de HAS e/ou DIA		p-valor
		n	%	
<b>Sexo</b>				0,01*
Feminino	871	229	26,3	
Masculino	343	58	16,9	
<b>Idade (em anos)</b>				0,00*
20 a 59	1009	187	18,5	
60 a 75	205	100	48,8	
<b>Escolaridade (em anos de estudo)</b>				0,00*
0 a 8	436	148	33,9	
Mais de 8	777	139	17,9	
<b>Situação de trabalho</b>				0,00*
Não trabalha	696	205	29,5	
Trabalha	515	81	15,7	
<b>Situação conjugal</b>				0,94
Solteiro, divorciado, separado ou viúvo	573	136	23,7	
Casado ou mora junto	641	151	23,6	
<b>Raça/Cor</b>				0,18
Negros ou pardos	1062	257	24,2	
Outras	150	29	19,3	
<b>TOTAL</b>	<b>1214</b>	<b>287</b>	<b>23,6</b>	

\* p valor < 0,05

Tabela 2 - Consumo diário de frutas, legumes, verduras, óleo vegetal e remoção da gordura visível e nível de atividade física entre portadores de HAS e/ou DM residentes em área adscrita a 6 equipes de saúde da família, em um distrito sanitário de Salvador/BA, 2009-2010.

	População Total		Portador de HAS e/ou DIA	
	n	%	N	%
Consumo diário de frutas	585	48,2	154	53,7
Consumo diário de legumes e verduras	418	34,5	114	39,9
Uso de óleo vegetal no cozimento dos alimentos	1102	91,5	257	90,8
Remoção da gordura visível da carne ou frango	913	75,3	235	82,2
Fisicamente ativo	801	66,6	175	61,2

No modelo bivariado, utilizando regressão logística (Tabela 3), o consumo diário de frutas (OR: 1,33), o consumo diário de legumes e verduras (OR: 1,36), e a remoção da gordura visível da carne ou frango antes do consumo (OR: 1,69) apresentaram associação positiva com a condição de portador de HAS e/ou DM. No entanto, no modelo multivariado, ao se ajustar os hábitos alimentares às demais variáveis, apenas o consumo diário de legumes e verduras (OR: 1,47) e a remoção da gordura visível da carne ou frango (OR: 1,52) mantiveram associação positiva com a condição de HAS e/ou DM. O nível fisicamente ativo apresentou associação negativa com a condição de portador de HAS e/ou DM (Tabela 4) apenas no modelo bivariado (OR: 0,73), perdendo

## DISCUSSÃO |

Foi encontrada, neste estudo, prevalência de HAS e/ou DM de 23,6%, semelhante ao de Schmidt et al.<sup>20</sup> que realizou inquérito telefônico nacional, com adultos e encontrou prevalência de 5,3% para DM e 21,6% para HAS. Na faixa etária acima de 60 anos, foi encontrada prevalência de 48,8% para as duas morbidades, resultado semelhante aos 51,8% de prevalência de HAS encontrados por Zaitune et al.<sup>21</sup> no mesmo grupo etário.

As frutas, legumes e verduras, por serem ricos em vitaminas, minerais e fibras e devem estar presentes diariamente nas refeições<sup>22</sup>. Este estudo encontrou que apenas 53,7% dos portadores de HAS e/ou DM faziam consumo diário de frutas, dado semelhante ao encontrado por Marinho et al.<sup>23</sup> em estudo realizado em Brasília com maiores de 15 anos, que encontrou prevalência de 49,3% de consumo diário de frutas. Quanto ao consumo de legumes e verduras, os quais o consumo foi analisado conjuntamente, foi encontrado prevalência de consumo diário de 39,9% entre os portadores de HAS e/ou DM. Marinho et al.<sup>23</sup> analisaram o consumo de legumes e verduras separadamente e encontraram prevalência de consumo diário superior em ambos os alimentos (45,4 % e 49,3%).

Em relação ao consumo de óleos, 90,8% dos portadores de HAS e/ou DM afirmaram fazer uso no preparo dos alimentos, o que corrobora com o estudo de Cotta et al.<sup>31</sup> que identificou hábitos e práticas alimentares inadequadas em portadores de HAS e DM em um município de MG, especificamente quanto ao consumo de óleo vegetal

Tabela 3 – Modelo de regressão logística bivariada e multivariada dos hábitos alimentares e portador de HAS e/ou DM, características sociodemográficas e utilização do serviço, utilizando Odds Ratios (OR) e intervalos de confiança (IC). Salvador/BA, 2009-2010.

	Consumo diário de frutas		Consumo diário de legumes e verduras		Uso de óleo vegetal para cozimentos dos alimentos		Remoção da gordura visível da carne ou frango antes do consumo	
	Modelo bivariado	Modelo multivariado	Modelo bivariado	Modelo multivariado	Modelo bivariado	Modelo multivariado	Modelo bivariado	Modelo multivariado
	OR(IC95%)	OR (IC95%)	OR(IC95%)	OR (IC95%)	OR(IC95%)	OR (IC95%)	OR(IC95%)	OR (IC95%)
<b>HAS e/ou DM</b>								
Não								
Sim	1,33(1,02-1,74)*	1,28(0,96-1,70)	1,36(1,03-1,79)*	1,47 (1,10-1,98)*	0,89(0,56-1,42)	0,70 (0,42 - 1,16)	1,69(1,20-2,36)*	1,52 (1,06 -2,18)*
<b>Sexo</b>								
Feminino								
Masculino		0,56 (0,43-0,74)*		0,75 (0,56 - 1,00)*		0,78 (0,49 - 1,24)		0,45 (0,33 -0,60)*
<b>Idade (em anos)</b>								
20 a 59								
60 a 75		1,71 (1,21 -2,41)*		0,96 (0,67 - 1,38)		1,31 (0,68 - 2,49)		1,50 (0,99 -2,28)
<b>Escolaridade (em anos de estudo)</b>								
0 a 8								
Mais de 8		1,53 (1,19 -1,99)*		1,30 (0,99 - 1,70)		1,14 (0,72 - 1,79)		1,34 (1,00 -1,80)*
<b>Situação de trabalho</b>								
Não trabalha								
Trabalha		1,38 (1,07 -1,78)*		1,20 (0,92 - 1,55)		0,64 (0,41 - 1,00)*		1,06 (0,79 -1,43)
<b>Situação conjugal</b>								
Solteiro, divorciado, separado ou viúvo								
Casado ou mora junto		1,05 (0,83 -1,32)		0,98 (0,77 - 1,25)		1,33 (0,87 - 2,01)		1,46 (1,11 -1,92)*
<b>Raça/Cor</b>								
Negros ou Pardos								
Outras		0,87 (0,61 -1,24)		0,88 (0,61 - 1,28)		0,75 (0,42 - 1,34)		1,04 (0,69 -1,59)
<b>Realizou consulta no último ano</b>								
Não								
Sim		0,98 (0,77 -1,24)		0,89 (0,69 - 1,14)		1,32 (0,84 - 2,06)		1,06 (0,79 -1,41)

\*p valor < 0,05

Tabela 4 – Modelo de regressão logística bivariada e multivariada do nível de atividade física e portador de HAS e/ou DM, características sociodemográficas e utilização do serviço, utilizando Odds Ratios (OR) e intervalos de confiança (IC). Salvador/BA, 2009-2010.

	Fisicamente ativo	
	Modelo Bivariado	Modelo Multivariado
	OR (IC95%)	OR (IC95%)
<b>HAS e/ou DM</b>		
Não		
Sim	0,73(0,55-0,97)*	0,98 (0,65 - 1,19)
<b>Sexo</b>		
Feminino		
Masculino		0,86 (0,65 - 1,16)
<b>Idade (em anos)</b>		
20 a 59		
60 a 75		0,63 (0,45 - 0,89)*
<b>Escolaridade (em anos de estudo)</b>		
0 a 8		
Mais de 8		1,45 (1,11 - 1,89)*
<b>Situação de trabalho</b>		
Não trabalha		
Trabalha		1,46 (1,11 - 1,91)
<b>Situação conjugal</b>		
Solteiro, divorciado, separado ou viuvo		
Casado ou mora junto		1,12 (0,87 - 1,43)
<b>Raça/Cor</b>		
Negros e Pardos		
Outras		0,97 (0,67 - 1,41)
<b>Realizou consulta no último ano</b>		
Sim		
Não		1,18 (0,91 - 1,53)

\*p valor < 0,05

e gorduras, os autores verificaram que 72,5 dos hipertensos e 86% dos diabéticos utilizam desses componentes para o preparo dos alimentos. Vale destacar que em nosso estudo 82,2% dos portadores de HAS e/ou DM afirmaram retirar a gordura visível da carne ou do frango.

Ao se avaliar o nível de atividade física por meio do IPAQ, verificou-se uma maior proporção de fisicamente ativos tanto na população geral (66,6%) quanto entre os portadores de HAS e/ou DM (61,2%). Sobre a frequência de moderadamente ativos, esta foi de 38,8%, semelhante ao encontrado no estudo de Martins *et al.*<sup>24</sup>, realizado com população hipertensa, que encontrou prevalência de 44,2%.

O tratamento da HAS e do DM inclui a modificação no estilo de vida, com adoção de hábitos saudáveis, educação e orientação em saúde e se necessário o uso de medicamentos<sup>25</sup>. A educação associada à assistência é fundamental para o controle destes agravos, devendo estar pautada na ótica da promoção da saúde, como orientação para a atividade física e alimentação saudável<sup>25</sup>.

Estudos mostram que o tratamento e a prevenção da DM e a HAS requerem orientação multiprofissional, envolvendo toda equipe<sup>25-28</sup>, Costa *et al.*<sup>29</sup> destacam a importância da atuação em equipe multidisciplinar e a necessidade de estabelecimento de vínculo, como também o conheci-

mento dos profissionais em relação aos sentimentos do indivíduo para traçar estratégias de controle do DM.

## CONCLUSÃO |

A Estratégia Saúde da Família é considerada componente principal no que tange as ações integradas de prevenção e cuidado à HAS e DM em atenção primária no Brasil, sendo a porta de entrada preferencial do Sistema de Saúde<sup>28</sup>. Os resultados deste estudo indicam baixa adesão de hipertensos e diabéticos adscritos à Estratégia Saúde da Família à adoção de hábitos saudáveis de alimentação e da prática regular de atividade física.

Esses achados podem indicar falhas no processo de trabalho das equipes locais, a exemplo de insuficiência de ações, de abordagens metodológicas inadequadas para estimular a mudança desses hábitos ou de vínculo precário entre profissionais e portadores de HAS e ou DM. Entretanto, há questões de infra-estrutura urbana e de acesso a alimentos que extrapolam o âmbito de atuação das equipes de saúde e que também podem interferir nas escolhas dos indivíduos estudados. Dessa forma, torna-se imprescindível a realização de investigações futuras que contribuam para desvelar os motivos dessa baixa adesão no local pesquisado.

Constitui limite deste estudo o fato da prevalência de DM e HAS ter se baseado no relato dos entrevistados, sem a realização de testes para a comprovação do diagnóstico clínico das doenças. Apesar dos limites de obtenção de dados autorreferidos sobre o estado de saúde, este indicador com estimativa de prevalência tem se mostrado com vantagens como a rapidez na obtenção da informação e baixo custo<sup>30</sup>.

Observou-se que a proporção de mulheres foi maior na amostra estudada, provavelmente porque as entrevistas domiciliares foram realizadas durante os dias úteis, em horário comercial. Essa limitação indica a necessidade de investigações que possam melhor caracterizar os hábitos da população masculina.

Com base nos achados deste estudo, foi elaborado um projeto com intervenções de promoção de saúde relativas ao incentivo à alimentação saudável e à prática de atividade física realizadas pela equipe do projeto junto aos

agentes comunitários de saúde, grupos populacionais que frequentam as USF do distrito sanitário, adultos do Programa Bolsa Família, grupos do Programa Nacional de Inclusão de Jovens (PROJOVEM) e estudantes de escolas públicas da área. Essas intervenções pretendem qualificar o trabalho dos ACS e dar suporte técnico-pedagógico aos grupos que frequentam outros equipamentos sociais além das unidades de Saúde da Família, de modo a incentivar a adoção de hábitos saudáveis quanto à alimentação e à prática regular de atividade física pela população em geral, enquanto meio de promoção a saúde, e pelos portadores de HAS e ou DM, enquanto auxílio ao controle.

## REFERÊNCIAS |

1. Whelton PK. Epidemiology of hypertension. *Lancet*. 1994; 344(8915):101-6.
2. He J, Whelton PK. Epidemiology and prevention of hypertension. *Med Clin North Am*. 1997; 81(5):1077-97.
3. Lawes CMM, Hoorn SVH, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*. 2008; 371(9623):1513-8.
4. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005; 365(9455):217-23.
5. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. *Diabetes Care*. 2004; 27(5):1047-53.
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
7. Sociedade Brasileira de Diabetes. Atualização brasileira sobre diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2006.
8. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(1):1-51.
9. Malta DC, Sardinha LMV, Mendes I, Barreto SM, Giatti L, Castro IRR, et al. Prevalência de fatores de ris-

- co e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Ciênc Saúde Colet.* 2010; 15(Supl 2):3009-19.
10. Barreto SAJ, Cyrillo DC. Análise da composição dos gastos com alimentação no Município de São Paulo (Brasil) na década de 1990. *Rev Saúde Pública.* 2001; 35(1):52-9.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. Nakanishi N, Takatorige T, Suzuki K. Daily life activity and risk of developing cardiovascular risk factors. *Diabetes Care.* 2005; 28(6):1500-2.
13. Costa JMBS, Carvalho EF, Silva MRF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município do Recife (PE, Brasil). *Ciênc Saúde Colet.* 2011; 16(2):623-33.
14. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
15. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
16. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet.* 2011; 377(9781):1949-61.
17. Carvalho AI. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(1):4-5.
18. Aquino R. Avaliação normativa das unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário Liberdade. Relatório Final. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2009.
19. International Physical Activity Questionnaire. Guidelines for the data processing and analysis of the "International Physical Activity Questionnaire [Internet]. [citado 2011 Set 22]. Disponível em: <http://www.ipaq.ki.se/>
20. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(Supl 2):74-82.
21. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(2):285-94.
22. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
23. Marinho MCS, Hamann EM, Lima ACCF. Práticas e mudanças no comportamento alimentar na população de Brasília, Distrito Federal, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2007; 7(3):251-61.
24. Martins LCG, Guedes NG, Teixeira IX, Lopes MVO, Araujo TL. Nível de atividade física em portadores de hipertensão arterial. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2009; 17(4):462-7.
25. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
26. Widman S, Ladner E, Lottenberg S. Diabetes. Série informação é saúde. São Paulo: Editora Senac; 2002.
27. Guidoni CM, Oliveira CM, Freitas O, Pereira LRL. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. *Braz J Pharm Sci.* 2009; 45(1):37-48.
28. Organização Pan-Americana de Saúde. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
29. Costa JA, Balga RSM, Alfenas RCG, Cotta RMM. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2011; 16(3):2001-9.

30. Lima e Costa MFF, Peixoto SV, Cesar CC, Malta DC, Moura EC. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(Supl 2):18-26.

31. Cotta RMM, Reis RS, Batista KCS, Dias G, Alfenas RCG, Castro FAF. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. *Rev Nutr.* 2009; 22(6):823-35.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

*Correspondência para/ Reprint request to:*

**Ana Luiza Queiroz Vilasbôas**

*Rua Basílio da Gama, s/n, Campus Canela,  
Salvador/Ba, Brasil.*

*Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em  
Formação e Avaliação da Atenção Básica (GRAB), Instituto de  
Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.*

*Cep.: 40110-040*

*Tel.: (71) 3283-7402*

*E-mail: anav@ufba.br*

Recebido em: 28/03/2014

Aceito em: 22/10/2014