



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Leydis Fonseca Rodriguez

Projeto de Intervenção para pacientes Hipertensos do município de Boa Ventura de São Roque-PR, uma proposta para mudança de hábitos alimentares

Florianópolis, Março de 2018

Leydis Fonseca Rodriguez

Projeto de Intervenção para pacientes Hipertensos do município de
Boa Ventura de São Roque-PR, uma proposta para mudança de
hábitos alimentares

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Sabrina Blasius Faust
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Leydis Fonseca Rodriguez

Projeto de Intervenção para pacientes Hipertensos do município de Boa Ventura de São Roque-PR, uma proposta para mudança de hábitos alimentares

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Sabrina Blasius Faust
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica multifatorial; tem uma forte tendência para aumentar as estatísticas dessas doenças por isso precisam-se desenvolver estratégias que visem não só a função curativa, mas a introdução de profilaxia para a saúde das pessoas para melhorar a sua qualidade de vida. **Objetivos:** Propor novos hábitos alimentares aos pacientes hipertensos que são acompanhadas pela equipe do PSF 2 do município de Boa Ventura de São Roque. **Metodologia:** são 110 pacientes hipertensos cadastrados na equipe do PSF 2. Inicialmente, será necessária a identificação da população com HAS e hábitos alimentares inadequados, para assim direcionar as ações preventivas. Essa investigação será por meio de entrevista. A atividade acontecerá em cinco etapas, que inclui capacitação dos profissionais da equipe sobre HAS, reunião com os pacientes envolvidos, agendamento de consultas individuais e reuniões quinzenais, nas quais cada dia será discutido um tema. Ao finalizar se realizará a aplicação de questionário, que possibilitará avaliar os pontos de vista dos pacientes e os tópicos esperados e alcançados por eles, com a intervenção. **Resultados esperados:** Espera-se que os pacientes com HAS conquistem a autonomia a partir do conhecimento sobre a doença, conhecer os riscos relacionados com os hábitos alimentares. É comprometimento do paciente para dar início a mudança de hábitos e estilo de vida.

Palavras-chave: Fatores de Risco, Hábitos Alimentares, Pressão Arterial

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	25
	REFERÊNCIAS	27

1 Introdução

O presente trabalho consiste na realização de um diagnóstico social e de saúde da comunidade de Boa Ventura de São Roque, município do Paraná, como proposta de Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica, em parceria com os interesses de gestão da nossa Unidade Básica de Saúde.

Este projeto vai fazer um estudo objetivo de saúde da comunidade mediante as análises dos problemas e as necessidades dessa população, assim como os fatores que influenciam positiva e negativamente sobre este nível de saúde. Esse é o primeiro passo a ser considerado como ferramentas de trabalho na Saúde Pública.

É de vital importância conhecer o contexto do projeto, assim dar-se-á um panorama da comunidade objeto de estudo. Boa Ventura de São Roque é uma das localidades mais antigas do estado do Paraná, também foi conhecida como "grilo do tigre", por causa dos grileiros que invadiam as terras dos colonos e os expulsavam da região, cometendo vários assassinatos, fazendo com que os moradores abandonassem o local. Distrito criado com a denominação de Boa Ventura (ex -povoado), pela lei estadual nº 3267, de 14 de setembro de 1957, subordinado ao município de Pitanga. Em divisão territorial data de 1º de julho de 1960, o distrito de Boa Ventura, foi levado a categoria de município com a denominação de Boa Ventura de São Roque, no ano 1995, desmembrado de Pitanga.

O município possui uma área de 622.185 km², estando a uma altitude de 950m. Sua população estimada, em 2009, era de 6954 habitantes. O índice populacional diminui cerca de 0.8% a cada ano. Segundo última pesquisa do IBGE, o município Boa Ventura de São Roque contava com uma população total de 6554, sendo 5010 habitantes rurais e 1554 habitantes urbanos, 3346 homens e 3208 mulheres. (IBGE,2015)

Existem as pessoas que então envolvidas com a igreja, pastorais e conselho, desta forma representam sua comunidade. Pode-se citar como exemplos a Igreja São Roque (católica), Igreja São Miguel (ucraniana), Conselhos de Saúde, de Segurança, Assistência Social, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Pastoral da Família da Criança e do Jovens. Os movimentos sociais existentes estão representados pela secretaria de educação, assistência social, agricultura, saúde e finanças.

Os principais recursos econômicos provem da agricultura e pecuária. O município tem predominância de pequenas propriedades, tem médio plantel de bovinos, equinos e ovinos, além de diversificada agricultura (soja, milho, feijão, trigo e arroz). Sendo assim, as principais atividades econômicas estão ligadas a agricultura e desenvolvidas em sua maioria por trabalhadores (diaristas rurais). Não possuem indústrias, tampouco estabelecimentos comerciais de grande porte e há grande escassez de meios provedores de renda para a população em idade produtiva.

A renda das famílias é proveniente da agricultura e leite, há pouca oferta de emprego, o valor da renda varia de acordo com a época do ano, sendo em média de R\$ 80,00 (oitenta reais) por pessoas, o que demonstra que a população é muito carente. São incluídos em programas como bolsa família e o projeto municipal "programa renda mínima", que é um programa que oferece o valor de oitenta reais à famílias que não tem renda nenhuma e também são incluídos no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) do município, para programa de geração de renda e para participar dos serviços de convenio e fortalecimento de vínculos ofertados, com a participação de assistente social e psicólogo. A partir da análise dos indicadores socioeconômicos, pode-se dizer que o município de Boa Ventura de São Roque é um município carente, e coloca sua população em situação de extrema vulnerabilidade social.

Ainda, é possível observar que existe, no município, habitação precária, com falta de banheiro e materiais reaproveitado, sendo observada tal situação com mais frequência na área rural. São 22 comunidades e três assentamentos, todos distantes da sede, dificultando o acesso das famílias aos serviços. Na área urbana, observa-se também problemas relacionados a moradia, mais frequentes na vila Gleide, próximo ao centro, onde moram aproximadamente 80 famílias. Muitos procuram o CRAS, pois o município tem um projeto para construir 10 moradias, ainda neste ano, pela secretaria de promoção social e os projetos junto a Cohopar de Guarapuava, e já foram solicitadas, aproximadamente, 60 casas nas comunidades do interior do município.

A grande maioria dos domicílios tem ligação à rede de abastecimento de água, na área urbana, porém, na área rural ainda existe poços os quais são acompanhados para verificar a qualidade de água, através de exames e proteção das fontes de trabalho, esse realizado pela secretaria de saúde e secretaria de agricultura.

A coleta de lixo é realizada pela prefeitura dos dias na semana, e tem seu destino o aterro sanitário municipal. Os resíduos sólidos de saúde são coletados a cada 15 dias, através de serviço terceirizado, os quais são acondicionados no período, de acordo com as normativas determinada pelas Anvisa.

Até o momento destaque-se que a população de Boa Ventura de São Roque reside majoritariamente na área rural e tem como atividade econômica fundamental a agricultura onde usam muitos produtos agrotóxicos, o que constituem um risco de contaminação para a população desse município. Tem 12 km de asfalto estreito até o deslocamento para cidade vizinhas, que constituem risco de acidente do trânsito.

A situação educacional do município é considerada regular em relação ao número de habitantes. Com relação à alfabetização menos 50% da população são alfabetizadas, sendo que 70% das pessoas residentes de 10 anos ou mais de idade, são alfabetizadas e 30% não são.

A cobertura da atenção primária de saúde no município de Boa Ventura de São Roque é de 100% contendo três equipes de Equipe de Saúde da Família (EFS). Possui um

posto de saúde na sede e 14 postos de atendimentos, que oferece cobertura a toda a população. Os serviços de média e alta complexidade são encaminhados para os hospitais de Pitanga e Turvo conveniados com os municípios. Alguns exames se encaminham para Guarapuava, Curitiba ou Cascavel. Além dos cuidados básicos prestados à população na atenção primária a saúde, também é desenvolvida ações para melhoria na qualidade do pré-natal, intensificação na coleta de exames de colo uterino, saúde do trabalhador, saúde do adolescente, e saúde bucal.

A equipe de saúde tem um total de 1127 habitantes, integrados 546 famílias, predominando pessoas do sexo masculino com 604 (53,59%), encontrando-se o maior número de habitantes na faixa etária de 20 a 59 anos (37,97%). Este predomínio de pessoas da idade média da vida, vai trazer como consequência o aumento de doenças crônicas não transmissíveis. E isso é exatamente o que acontece em Boa Ventura de São Roque, pois há um total de pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) até 2016 110 casos e de 28 com Diabetes Mellitus (DM), cadastrados com adesão ao tratamento e acompanhado pelas EFS.

Independentemente do esforço e trabalho da equipe de saúde, ainda existem agravos prevalentes no município e que estão entre as queixas mais comuns para procurar atenção em saúde, por dados extraídos das histórias clínicas individuais e da entrevista ao pessoal são: HAS descompensada, depressão, sintomas respiratórios agudos e Diabetes Mellitus.

Nesta comunidade são muitos as dificuldades e os problemas de saúde, após um processo de reflexão e de discussão coletiva em torno das informações existentes e aproveitando a experiência acumulada dos atores envolvidos-gestores, técnicos, profissionais de saúde, comunidade em geral, chega-se a conclusão que o principal problema que afetam a população é o aumento de pacientes hipertensos descompensados.

As maiorias dos atendimentos e as consultas foram feitas com pacientes com cifras de pressão arterial e muitos deles tem vários atendimentos no mesmo mês e até na mesma semana. Esse é um tema de muita importância e transcendência já que o não controle da HAS poderá acarretar em complicações que vão piorar a vulnerabilidade para ser resolvida a situação e aumentar os custos, porque se precisará de atuação de outras especialidades e de outros exames mais complexos.

As principais causas de descompensação de HAS no município são:

Dieta inadequada: Rica em proteínas animais e sal, carente em vegetais e frutas e o alto consumo de gorduras.

Estilo de vida inadequado: Escassa prática de atividades, esportes e exercício físico.

Trás como consequências: Aumento das complicações cardíacas, circulatórias, renais e cerebrovasculares.

Alto grau de deficiência e incapacidade.

Altos custos para o SUS.

Como desenlace fatal a morte.

A HAS é uma doença crônico-degenerativa multifatorial, na maior das vezes assintomática, de evolução lenta e progressiva que prejudica a função de diversos órgãos. Compromete o equilíbrio do sistemas vasodilatadores e vaso constritores aumentando a pressão no interior dos vasos sanguíneos, podendo ocasionar lesões em órgãos nobres como coração, cérebro, rins e olhos. O critério atual de diagnóstico de HAS é uma pressão sistólica de 140 mmhg e pressão diastólica de 90mmhg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

A pressão arterial tem uma forte tendência para aumentar as estatísticas dessas doenças, por isso precisam-se desenvolver estratégias que visem não só a função curativa, mas a introdução de profilaxia para a saúde das pessoas para melhorar a sua qualidade vida. A pressão arterial elevada também é chamada de doença silenciosa .

O aumento dos níveis pressóricos é comum no dia a dia das equipes de atenção primária, portanto esse tema merece atenção de todos, a fim evitaremos condutas precipitadas e a hipermedicalização. Na UBS do município se tem observado aumento da prevalência e incidência da HAS no último ano. Desta forma a HAS é considerada um problema de saúde pública e deve ser amenizado.

Diante disso intervenções educativas se fazem necessárias para elevar o nível de conhecimento da população com HAS. Através do desenvolvimento de ações educativas, a partir da identificação da necessidade de informação da população assistida no Programa de Saúde da Família, o presente trabalho se propõe a incrementar os conhecimentos sobre a prevenção dos fatores de risco, a pratica de estilo de vida saudável, relacionados com a alimentação, exercícios físicos e o tratamento adequado para melhorar a qualidade de vida e complicações futuras neste pacientes.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Propor novos hábitos alimentares aos pacientes hipertensos que são acompanhados pela equipe do PSF 2 do município de Boa Ventura de São Roque.

2.2 Objetivos Específicos

- Orientar a população sobre hábitos alimentar adequados para pacientes hipertensos.
- Orientar os profissionais do equipe do PSF 2 e os pacientes por meio de educação sanitária sobre os riscos, complicações e tratamento não medicamentoso da HAS.
- Melhorar a qualidade de vida dos pacientes com HAS.

3 Revisão da Literatura

Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é uma doença crônica degenerativa de etiologia multifatorial que compromete os vasos do organismo, determinando alteração no tônus vasomotor e favorecendo a vasoconstrição, aumentando a pressão arterial (CASTRO; ROLIM; MAURICIO, 2005).

A hipertensão é um estado clínico no qual a pressão dentro das artérias é elevada. Ao se contrair, o coração bombeia sangue pelo corpo todo, irrigando os músculos e os órgãos.

Há dois tipos de pressão arterial:

A pressão arterial sistólica (a pressão que ocorrem nas artérias quando o coração se contrai e bombeia o sangue para dentro do corpo), que é a pressão máxima quando o coração se contrai.

A pressão arterial diastólica (a pressão nas artérias quando o coração relaxa entre duas batidas e se enche de sangue), que é a pressão mínima quando o coração relaxa.

A variação normal para pressão arterial sistólica é de 90-140 mmHg e a variação normal para a pressão arterial diastólica é de 60-90 mmHg. Se a pressão arterial for de 140 (pressão arterial sistólica) / 90 (pressão arterial diastólica) ou mais em condição de repouso, fica caracterizada a hipertensão.

Na maioria dos casos, a razão da hipertensão é desconhecida. Este tipo de hipertensão é chamado de hipertensão primária ou essencial. Quando a causa é conhecida, ela é chamada de hipertensão secundária. Dentre as razões da hipertensão secundária, temos a doença renal crônica, doença das artérias renais e distúrbios endócrinos (CCBR, 2017).

Hipertensão, usualmente chamada de pressão alta, é ter a pressão arterial, sistematicamente, igual ou maior que 14 por 9. A pressão se eleva por vários motivos, mas principalmente porque os vasos nos quais o sangue circula se contraem. O coração e os vasos podem ser comparados a uma torneira aberta ligada a vários esguichos. Se fecharmos a ponta dos esguichos a pressão lá dentro aumenta. O mesmo ocorre quando o coração bombeia o sangue. Se os vasos são estreitados a pressão sobe.

Pressão alta é uma doença "democrática". Ataca homens e mulheres, brancos e negros, ricos e pobres, idosos e crianças, gordos e magros, pessoas calmas e nervosas.

A Hipertensão é muito comum, acomete uma em cada quatro pessoas adultas. Assim, estima-se que atinja em torno de, no mínimo, 25 % da população brasileira adulta, chegando a mais de 50% após os 60 anos e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil. É responsável por 40% dos infartos, 80% dos derrames e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. As graves conseqüências da pressão alta podem ser evitadas, desde que os hipertensos conheçam sua condição e mantenham-se em tratamento com adequado controle da pressão (SBH, 2017).

Dados sobre a Hipertensão

O Ministério da Saúde afirma que aproximadamente 35% dos brasileiros têm hipertensão e 90% das pessoas com idade acima dos 55 anos podem desenvolvê-la.

Os principais fatores de risco para a hipertensão:

- Histórico Familiar: Filhos cujo um dos pais é hipertenso apresentam 25% de chances de desenvolver a doença. Se o pai e a mãe são hipertensos a probabilidade aumenta para 60%. Por isso a importância de se realizar exames com regularidade;

- Dieta rica em sal: O sal faz com que o corpo retenha líquido e isso pode elevar a carga sobre o coração, aumentando o risco de pressão arterial. O correto é manter a ingestão de sódio em até 1.500 miligramas por dia;

- Idade: A idade é um fator de suma importância. Jovens e crianças podem ter hipertensão, mas o diagnóstico na maioria dos casos é realizado a partir dos 35 anos. Aos 50 anos quase metade da população sofre de pressão alta, essa porcentagem pode chegar a 70% aos 70 anos. Por isso a necessidade e importância de medir a pressão regularmente aumentam com a idade. Na meia idade o risco de hipertensão é maior para os homens, mas próximo aos 50 anos atinge mais as mulheres;

- Sedentarismo: O risco de pressão alta se agrava ao se passar muito tempo sentado no trabalho, em casa e não incorporar atividade física na rotina. Por isso pratique atividade física com regularidade;

- Etnia: A etnia é um dado importante, pois a hipertensão é mais comum em pessoas negras. Nelas a pressão alta costuma aparecer mais cedo e evoluir mais rapidamente;

- Consumo abusivo de álcool: Consumir com regularidade e de forma abusiva bebidas alcoólicas pode provocar um aumento grave na pressão arterial e ocasionar insuficiência cardíaca, batimentos irregulares e AVC (ACUÑA; CRUZ, 2004).

O mundo contemporâneo com dietas industrializadas, ricas em sódio, carboidratos e colesterol são fatores de risco não só para a hipertensão arterial bem como obesidade, dislipidemia e diabetes. Estes fatores agravados pelo sedentarismo favorecem a elevação de riscos para as complicações tardias e imediatas da doença. O aspecto físico somado aos hábitos alimentares inadequados indica uma dieta hiper-sódica e hipercalórica que contribuem para elevação da pressão (SILVA; SOUZA, 2004).

Segundo LESSA (2001), a hipertensão arterial como entidade isolada é encontrada como a mais freqüente causa de morbidade do adulto em todo o mundo industrializado, na sua maioria em países em desenvolvimento, sobretudo nos grandes centros urbanos.

A hipertensão arterial é o principal fator de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A cada ano, ocorrem 1,6 milhões de mortes causadas por doenças cardiovasculares na região das Américas, das quais cerca de meio milhão ocorrem em pessoas com menos de 70 anos de idade, o que é considerado morte prematura e evitável. A hipertensão afeta entre 20-40% da população adulta da região, o que significa que nas Américas cerca de 250 milhões de pessoas sofrem de pressão arterial elevada. A hipertensão pode ser prevenida ou adiada por um conjunto de intervenções preventivas, entre as

quais está a redução da ingestão de sal, consumir uma dieta rica em frutas e legumes, praticar exercícios e manter um peso corporal saudável. A OPAS promove políticas e projetos de impacto sobre a saúde pública na prevenção da hipertensão por meio de políticas públicas para reduzir a ingestão de sal, promover a alimentação saudável e a atividade física e prevenir a obesidade. Ademais, promove e apoia projetos que facilitem o acesso a medicamentos essenciais para o tratamento de hipertensão e promove o desenvolvimento de recursos humanos em saúde.

Globalmente, estima-se que 18% das mortes (9,4 milhões) e 162 milhões de anos de vida perdidos foram atribuídas ao aumento da pressão arterial em 2010. Cerca de 4 em cada 10 adultos com mais de 25 anos de idade tem hipertensão, e em muitos países 1 em cada 5 pessoas tem pré-hipertensão. Metade das doenças relacionada à hipertensão ocorre em pessoas com níveis mais elevados de pressão arterial, mesmo dentro da faixa normal e a hipertensão impacta desproporcionalmente países de baixa e média renda. As Nações Unidas concordaram com o objetivo de reduzir a hipertensão em 25% e o sódio na dieta em 30% até 2025. A Liga Mundial da Hipertensão trabalha com organizações nacionais, governamentais e parceiros não governamentais para ajudar a alcançar os objetivos das Nações Unidas.

A redução de sal na dieta é recomendada pela recente Cúpula das Nações Unidas para prevenir doenças não transmissíveis e pela Organização Mundial da Saúde para melhorar a saúde da população. Sal em excesso na dieta em excesso aumenta a pressão arterial, aumentando a pressão arterial em 30% é uma substância provável pró-cancerígena para câncer gástrico e também está associada com cálculos renais e osteoporose. O consumo de sal recomendado pela OMS é abaixo de 5g/dia. A hipertensão é um importante risco para a saúde nas Américas, onde entre 20-35% da população adulta tem pressão arterial elevada(BOLETIM BIREME/OPAS/OMS, 2017).

Os estudos epidemiológicos sobre a HAS no Brasil iniciaram-se no final da década de 1970. A população de diversas regiões, sub-regiões e cidades continuam sendo avaliadas para determinar métodos de controle a fim de sanar esta enfermidade de caráter importante na saúde pública. Não existe uma padronização dos resultados apresentados ao longo dos anos, sendo que muitos dados demonstram aspecto cíclico, de forma que um gênero é mais predisposto que outro e após um período deixa-o de ser. Salienta-se ainda a dificuldade de estabelecer um padrão em virtude da oscilação interestadual (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2008) .

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos mais importantes problemas da saúde pública no mundo atual. No Brasil, pesquisas apontam a prevalência acima de 30% (CESARINO et al., 2008; ROSÁRIO et al., 2009), ou seja, um em cada três brasileiros(25% da população) apresenta hipertensão, atingindo mais de 50% da população naterceira idade e, surpreendentemente, 5% da população de crianças e adolescentesbrasileiros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2008). Até 2025, estima-se que o número

de hipertensos no país poderá ter aumento de 80%

Números da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que há cerca de 600 milhões de hipertensos no mundo. A doença atinge, em média, 25% da população brasileira, chegando a mais de 50% na terceira idade e, surpreendentemente, a 5% dos 70 milhões de crianças e adolescentes no Brasil, segundo dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH)(SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2008)

A hipertensão arterial é um importante problema de saúde pública da atualidade pelo grande número de pessoas acometidas e de complicações crônicas. No Brasil, dados do Ministério da Saúde mostraram que a hipertensão arterial atinge entre 20 e 40% da população adulta.¹ A frequência elevada em nossa população, bem como as complicações clínicas decorrentes, fazem com que a hipertensão arterial tenha um papel de destaque nos programas de saúde pública. Por esse motivo, estudos clínicos, epidemiológicos e genéticos têm sido realizados para melhor compreender os mecanismos envolvidos no desenvolvimento da hipertensão arterial, bem como aprimorar os métodos de diagnóstico, tratamento e prevenção da mesma.

Por volta de 90% dos casos de hipertensão não possuem etiologia conhecida ou cura, sendo necessário o controle da pressão arterial por meio de mudanças no estilo de vida e/ou tratamento farmacológico. A etiopatogenia da hipertensão é multifatorial, de modo que ela resulta da interação de diferentes genes associados a um grande número de fatores ambientais que atuam de maneira coordenada para resultar no aumento mantido da pressão arterial. Em uma minoria de pacientes, a pressão sanguínea elevada é um sinal clínico decorrente de disfunção renal, endócrina ou cardiovascular e, nesse caso, a hipertensão é considerada como secundária (SBH, 2017).

Habitos, prevenção e tratamento

Outro aspecto que merece consideração é a modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida, que indica uma exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria composição da dieta provocou alterações significativas do peso corporal e distribuição de gordura, com o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população. Adicione-se a isso a baixa frequência à prática de atividade física, que também contribui no delineamento desse quadro (ACUÑA; CRUZ, 2004).

A implementação de medidas de prevenção e controle da HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde, no Brasil cerca de 75% da assistência a saúde da população é feita pela rede pública (Sistema Único de Saúde-SUS). A saúde Complementar assiste aproximadamente 46,5% de hipertensos. A meta brasileira para os próximos 10 anos é de reduzir o impacto das doenças crônicas não transmissíveis para menos de 10% das estatísticas atuais. Alvo ambicioso que irá necessitar do esforço de muitos. Nesse sentido, o principal objetivo da programação XX Congresso Brasileira de Hipertensão 2012 foi de enriquecer e ampliar os horizontes científicos do tema

”Hipertensão Arterial” buscando enriquecer o conhecimento de todos os possíveis fatores de risco associados e das complicações inerentes a progressão da doença (CASTRO; ROLIM; MAURICIO, 2005).

A pressão alta é perigosa e geralmente não tem cura, mas pode ser controlada. Para isso, é preciso que o paciente tome medicamento por toda a vida. O problema é que, apesar de causar ataques cardíacos e derrames, em alguns casos a doença é assintomática e a pessoa desconhece que é portadora do mal.

4 Metodologia

Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção:

A intervenção envolve os 110 pacientes hipertensos cadastrados na Equipe do PSF 2 do município de Boa Ventura de São Roque. A equipe envolvida será composta por um médico, uma enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Contexto da intervenção:

Durante as consultas e as visitas domiciliares do PSF 2, o número acentuado de pacientes que assistem a consulta por HAS descompensada chamou a atenção. Entre as principais causas de descompensação estão os hábitos alimentares inadequados. Quando os pacientes foram questionados sobre os riscos, unanimemente aceitaram seu desconhecimento sobre alguns aspectos do tema. As ações dirigidas ao usuário hipertensos na própria unidade básica (consultório e salas de reuniões), em local destinado para grupo de hipertensos.

Estratégias e ações:

ETAPA 1.

Inicialmente será necessária identificar hábitos alimentares inadequados presentes entre os pacientes cadastrados no PSF, para assim direcionar as ações preventivas. Essa investigação se dará através da abordagem no momento do acolhimento, no PSF durante as consultas ou visita domiciliar, por meio de entrevistas. A entrevistas incluirá questionamento sobre idade, tempo do diagnóstico da doença, se tem outras doenças associadas, adesão ao tratamento, se tem conhecimento sobre hábitos alimentares adequados e cumprimento do mesmo e se pratica atividade física.

ETAPA 2.

Capacitar os profissionais da equipe da saúde sobre as HAS, suas características, riscos, complicações e tratamento não medicamentoso da HAS. Assim, quando fizeram as consultas e visitas domiciliares aos pacientes HAS identificados, conseguirão sugerir a adesão correta ao tratamento, verificar os fatores de risco associados e hábitos alimentares inadequados.

ETAPA 3.

Os selecionados serão convocados, por micro áreas, para uma reunião na unidade da saúde da família para descrição rápida dos objetivos, a importância do projeto de intervenção e convite para comporem o grupo.

ETAPA 4.

Agendamento de consultas individuais para conscientização da importância da consulta periódica, monitoramento da tensão arterial, avaliação da dieta por meio de entrevistas questionando o cumprimento da mesma, que relate como esta fazendo a dieta,

DIA	TEMA	PA-LES-TRANTE
1° DIA	Acolhimento e explanação do projeto	Equipe de saúde
2° DIA	Indicação, manejo adequado da dieta do projeto	Médica
3° DIA	Alimentação saudável	Médica
4° DIA	Propostas de medidas alternativas, não farmacológicas para controlar a HAS tais como a prática de exercício físico, evitar o estresse, uso de medicina natural (como chá de camomila, maracujá etc.) não fumar, não ingerir álcool.	Enfermeira
5° DIA	Como evitar as complicações da HAS dando ênfase na importância do acompanhamento em consulta.	Enfermeira
6° DIA	Importância da dieta para o controle a HAS e do autocontrole para evitar recaídas	Médica
7° DIA	Discussão analítica e global do projeto aplicação do questionário Confraternização	Equipe de Saúde

que alimentos ingere, quantas vezes ao dia, como prepara os alimentos e a avaliação da resposta terapêutica.

ETAPA 5.

Serão realizadas reuniões quinzenais (primeira e terceira sexta-feira de cada mês), na UBS nas quais cada dia será discutido um tema relacionado a medicação, a nutrição e doença envolvida de acordo com o profissional selecionado para a data.

Avaliação e monitoramento:

Os pacientes serão estimulados, durante as reuniões, a testemunhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe. Durante as reuniões quinzenais, que são realizadas com toda a equipe de saúde, se restabelecerão hábitos saudáveis, que permitam ao paciente reorganizar sua vida pessoal, familiar e trabalhista. Conseguir-se-á alcançar controle de impulsos, se trabalharem aspectos pessoais que o permitam reestabelecer sua autoestima e uma adequada canalização de suas emoções. Será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessárias. A aplicação de questionário (Anexo I), possibilitará avaliar os pontos positivos e negativos do ponto de vista dos pacientes, os tópicos esperados e alcançados por eles, com a intervenção.

ANEXO I

Questionário de avaliação do Projeto.

1. Você gostou de participar do projeto?

Sim Não

1. Você conhecia como fazer uma dieta adequada antes de participar do Projeto?

Sim Não

1. O projeto ajudou a você entender a importância da dieta para o controle de sua doença?

Sim Não

1. Não sua opinião, quais foram os pontos positivos do projeto? E os negativos?

Sim Não

1. As atividades trouxeram mudanças em algum hábito praticado por você

Sim Não

1. Você conseguiu, juntamente com a equipe de saúde, fazer uma dieta adequada?

Sim Não

1. Além do que foi proposto no projeto, você gostaria de realizar outras atividades?

Sim Não

Quais?

5 Resultados Esperados

No presente trabalho espera-se através do empenho da equipe do PSF 2 que os pacientes com HAS conquistem a autonomia a partir do conhecimento sobre a doença, conhecer os riscos relacionados com os hábitos alimentares. É esperado maior comprometimento do paciente para dar início a mudança de hábitos e estilo de vida adotando uma dieta saudável para um melhor controle.

Além disso, espera-se possibilitar o desenvolvimento de competências para que nós, enquanto profissionais de saúde, possamos ajudar os usuários do SUS a criarem as suas próprias estratégias, de maneira a entenderem e cumprirem o regime terapêutico, definindo fluxo adequado de cuidado e de ações preventivas, e por fim garantir atendimentos de qualidade, além de aumentar a qualidade de vida dos pacientes.

Referências

- ACUÑA, K.; CRUZ, T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira . *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabologia*, p. 345–361, 2004. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 18.
- CASTRO, M. E.; ROLIM, M. O.; MAURICIO, T. F. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. *Acta Paul Enferm.*, p. 184–189, 2005. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 19.
- CCBR, C. R. *Hipertensão (Pressão Alta)*. 2017. Disponível em: <[https://br.cabr.com/Informa{\char"00E7\relax}oes/Areas-trapeuticas/Hipertensao\(pressao](https://br.cabr.com/Informa{\char)>. Acesso em: 03 Nov. 2017. Citado na página 15.
- LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *Rev. Brás. Hipertens*, p. 383–392, 2001. Citado na página 16.
- PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Prevalência de obesidade e fatores potencialmente causais em adultos em região do sul do Brasil. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabologia*, p. 1156–1162, 2008. Citado na página 17.
- SBH, S. B. de H. *O que é hipertensão*. 2017. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/>>. Acesso em: 03 Nov. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 18.
- SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. de. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. *Revista Electrónica de Enfermagem*, p. 48–68, 2004. Citado na página 16.