INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM IDOSOS HIPERTENSOS PERTENCENTES À UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE LAGOA, PAULISTANA (PI).

Jocenara Firme de Moura Santos Martins[1]; Maria Auzeni de Moura Fé[2].

1. Nutricionista pela Universidade Federal do Piauí e especialista em Nutrição Clínica. jocenara_santos@hotmail.com.
2. Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí, especialista em Saúde Pública e mestre em Saúde da Mulher- UFPI.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica apresenta-se como um dos problemas de saúde de maior magnitude na atualidade. É uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, considerado um importante fator de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares. A cidade de Paulistana (PI) apresenta alta prevalência de pacientes idosos com hipertensão arterial que a despeito do tratamento farmacológico não controlam as cifras de tensão arterial, devido aos maus hábitos de vida e alimentação. Desse modo, o objetivo desse projeto de intervenção será orientar os idosos hipertensos da Unidade Básica de Saúde Lagoa do município de Paulistana (PI) sobre a importância da adoção de hábitos alimentares saudáveis como tratamento não medicamentoso para controle da hipertensão. Serão realizadas orientações sobre alimentação saudável utilizando diferentes técnicas educativas, acompanhamento dos pacientes através de consultas nutricionais individualizadas e o desenvolvimento das oficinas “Sal de Ervas”. Espera-se que com a implantação deste projeto ocorra à estabilização das cifras de pressão arterial, e a população idosa hipertensa fique mais informada sobre alimentação saudável, consciente dos alimentos que não pode ingerir, logrando a diminuição das complicações causadas pela hipertensão, além do melhor acompanhamento deste grupo de pacientes.

Palavras- chave: Hipertensão; Alimentação Saudável; Hábitos Alimentares.

NUTRITIONAL INTERVENTION ON HYPERTENSIVE ELDERS BELONGING TO THE BASIC HEALTH UNIT LAGOA, PAULISTANA (PI).

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is one of the most important health problems today. It is a multifactorial clinical condition characterized by elevated and sustained blood pressure levels, considered an important risk factor for cardiovascular morbidity and mortality. The city of Paulistana (PI) has a high prevalence of elderly patients with arterial hypertension who, despite pharmacological treatment, do not control blood pressure figures due to poor life and feeding habits. Thus, the objective of this intervention project will be to guide the elderly hypertensive patients of the Basic Health Unit Lagoa of the municipality of Paulistana (PI) on the importance of adopting healthy eating habits as a non-drug treatment for the control of hypertension. Guidance will be given on healthy eating using different educational techniques, patient follow-up through individualized nutritional consultations and the development of "Herbal Salt" workshops. It is expected that with the implementation of this project, blood pressure figures will stabilize, and the elderly hypertensive population will be more informed about healthy eating, aware of the foods they can not ingest, reducing the complications caused by hypertension, as well as the best follow-up of this group of patients.

Keywords: Hypertension; Healthy eating; Eating habits.

INTRODUÇÃO

O município de Paulistana localiza-se a 450 km de Teresina, capital do estado do Piauí. Ocupa uma área de 1.751,993 km^2 de território e uma densidade demográfica de 14,77 habitantes/ km^2 e tendo como limítrofes os municípios de: Jacobina do Piauí, Acauã, São Francisco de Assis do Piauí e Betânia do Piauí. Seu bioma predominante é a caatinga e o gentílico é o paulistanense (1).

De acordo com o censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população total residente é de 25.879 habitantes, residindo maior parte da sua população (53,9%) na área urbana que se concentra nos principais bairros da cidade: Correnteza, Centro e COHAB. Na área rural concentra-se (46,1%) da população. Convém destacar que houve crescimento da população entre os censos de 2000 e 2010.

Em relação ao aspecto socioeconômico destaca-se que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é médio (0,605). Com relação às religiões, por influência portuguesa, há mais adeptos a religião católica, mas já é possível encontrar no município adeptos de outras religiosidades, como testemunhas de Jeová, evangélicos, espíritas, umbandistas e outras religiões minoritárias. O principal e mais antigo templo religioso da cidade é a Igreja Católica de Nossa Senhora dos Humildes. A principal fonte de emprego é o comércio e cargos públicos.

No município funcionam dez equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), cinco localizadas na área urbana e cinco localizadas na área rural, quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), duas equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), seis equipes de saúde bucal (PSB), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e recentemente foi inaugurada a primeira Academia de Saúde do município. O Hospital Regional Mariana Pires Ferreira, que serve de referência para as cidades circunvizinhas e era de gestão estadual foi municipalizado. O município conta com quatro unidades hospitalares (três privadas e uma pública), um centro integrado de fisioterapia, além de 51 agentes comunitários de saúde. Em 2009, o município implantou o Programa Saúde nas Escolas, programa intersetorial (saúde - educação) que oferece serviços de saúde aos alunos em idade escolar, no ambiente e horário das aulas.

A Unidade Básica de Saúde Lagoa foi inaugurada no ano de 2017 e está localizada no centro da cidade e é composta por: uma médica generalista, uma enfermeira, um cirugião dentista, um técnico de saúde bucal, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista e cinco agentes comunitários de saúde (ACS), recebendo assistência dos profissionais do NASF I. A unidade de saúde tem uma estrutura física bem distribuída para desenvolver os programas preconizados pelo Ministério da Saúde. O espaço físico é bem aproveitado pela população e pelos profissionais de saúde que ali trabalham. A área destinada à recepção é muito espaçosa e bastante arejada, isto ajuda no atendimento de qualidade aos usuários. As reuniões com a comunidade são realizadas na própria unidade.

A área de abrangência da UBS Lagoa apresenta 2.749 pessoas cadastradas, sendo 883 famílias cadastradas e 582 famílias acompanhadas. O total de hipertensos dessa área corresponde a 249 pessoas, destes 151 são acompanhados. Mensalmente são realizadas aproximadamente na UBS 295 consultas médicas, destas 54 são de

pacientes hipertensos e aproximadamente 108 consultas de enfermagem, 12 destindas a pessoas hipertensas.

A equipe atende a população local por meio das seguintes atividades: visitas domiciliares de ACS e de técnicos de enfermagem, consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas odontológicas, procedimentos de assistência de enfermagem na unidade e, se possível e necessário, no domicílio. Também são realizados atendimentos a grupos de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), gestantes e exames como: prevenção do câncer do colo do útero e de mama, teste de glicemia, aferição da pressão arterial, dispensação de medicamentos, vacinação, acolhimento e triagem dos pacientes.

As visitas domiciliares são realizadas pelos ACS e quando necessário solicitam a visita da enfermeira ou do auxiliar de enfermagem e em alguns dos casos, a presença do médico ou profissional do NASF (nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga, fonoaudióloga, assistente social e educadora física). Quanto às consultas, essas são distribuídas nas agendas programadas e espontânea, tanto para médico, enfermeiro e cirurgião dentista.

As Equipes de Saúde da Família e profissionais do NASF realizam palestras educacionais, estas acontecem tanto em ambientes das comunidades como em escolas. Os pacientes que requerem atendimentos secundários são encaminhados para o hospital de referência do município de Picos ou da capital Teresina.

Após a aplicação do diagnóstico situacional realizado no município de Paulistana (PI), utilizando os sistemas de informação do município, busca ativa, reuniões da equipe, se determinou que um dos principais problemas de saúde na população na área adstrita era: alta incidência de idosos hipertensos sem controle, o que constitui um importante problema de saúde, pois é um fator de risco para as doenças cerebrovasculares e cardiovasculares com alta taxa de morbimortalidade na população.

São muitos os fatores identificados que contribuem para a elevação dos níveis pressóricos, entre os quais se destacam idade avançada, obesidade, consumo excessivo de álcool, sedentarismo, dislipidemias, diabetes mellitus e alto teor de sódio na alimentação. Deste modo, para tornar o controle da hipertensão mais eficaz, torna-se indispensável, além do seu tratamento, também o controle de seus fatores de risco (2).

Além disso, quanto à análise aos hábitos alimentares desse grupo de hipertensos, observou-se a prevalência do consumo de carnes e comidas em conservas, com muitas gorduras e bastante salgadas, adquiridas no comércio local. Os idosos hipertensos não têm hábito de ingerir frutas nem vegetais. O alto preço destes alimentos no mercado também dificulta sua compra, vez que a população é carente. Verificou-se também um uso excessivo de temperos industrializados nas comidas, alta ingestão de refrigerantes com corantes industriais e embutidos.

Percebeu-se também no cotidiano de trabalho que existe um grande desconhecimento da população sobre os fatores de riscos para a hipertensão, o que dificulta a prevenção e o tratamento. Para os pacientes só é importante fazer o tratamento medicamentoso e muitos desconhecem que também existe o tratamento não medicamentoso, e que as condições e estilo de vida como a alimentação influenciam na elevação das cifras pressóricas.

A proposta do presente estudo é orientar os idosos hipertensos da UBS Lagoa do município de Paulistana (PI) sobre a importância da adoção de hábitos alimentares saudáveis como tratamento não medicamentoso para controle da hipertensão.

REVISÃO DA LITERATURA

Envelhecimento Populacional

O envelhecimento populacional atualmente é um fenômeno mundial. Projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que o número de pessoas com 60 anos ou mais corresponde a 12% da população brasileira, compreendendo cerca de 18 milhões de idosos, vislumbrando para 2025 um contingente de 32 milhões nessa faixa etária, tornando o Brasil a sexta maior população de idosos do mundo (3).

As mudanças na estrutura etária da população decorrem da transição demográfica, processo influenciado pelo desenvolvimento socioeconômico e pelo avanço da medicina que, desde 1950, promoveram modificações das taxas de mortalidade, natalidade e fecundidade no Brasil (4,5).

A melhora das condições de saneamento e investimentos em saúde, com uso de antibióticos e vacinas também contribuíram para o adiamento da mortalidade e, consequentemente, para aumentar a longevidade da população (6).

Em contrapartida, essa estimativa vem acompanhada de condições crônicas, doenças multifatoriais, que exigem cuidados de saúde integrais, uso de medicamentos contínuos e assistência especializada, fatores que geram preocupações na saúde pública, uma vez que o país, os estados e municípios precisam estar organizados para atender a essa demanda no segmento primário, secundário e terciário (7).

As doenças crônicas são responsáveis pelas principais causas de incapacidade e dependência no idoso. Um desses problemas é a hipertensão arterial sistêmica, importante fator de risco modificável para doença cardiovascular, que, se não tratada, pode resultar em séria morbidade e mortalidade por doenças cardíacas, vascular encefálica e renal. Estima-se que mais de 62 milhões de pessoas nos Estados Unidos são portadores e apenas 70% destes indivíduos são conhecedores do seu diagnóstico, destes, 1/3 realiza tratamento terapêutico. No Brasil, a prevalência da HAS na população adulta é de 15 a 20%, no idoso apresenta-se em 65%. Entre os portadores, cerca de 30% desconhecem serem acometidos pela doença (8).

Envelhecimento e Estado Nutricional

A manutenção de um estado nutricional saudável auxilia na prevenção de HAS e das demais DCNT, porém atualmente o mundo vive uma epidemia de excesso de peso. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, mais de 11,0% da população mundial está obesa e mais de 50,0% com excesso de peso (9).

Sendo um processo multifatorial, a transição nutricional caracteriza-se por alterações do padrão alimentar e de composição corporal dos indivíduos a partir de mudanças sociais, econômicas, demográficas, tecnológicas e culturais que afetaram diretamente o estilo de vida e o perfil de saúde da população. As principais mudanças consistem na adoção de um padrão dietético com alto teor de gorduras saturadas e açúcares e com baixo teor de fibras. Tal padrão alimentar somado à redução dos níveis de atividade física resulta em crescimento das taxas de excesso de peso entre os brasileiros (10).

A etiologia da obesidade é complexa e também multifatorial, e resulta da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais. Diante disso, avaliar e diagnosticar o estado nutricional também se torna uma tarefa difícil. Sabe- se que a distribuição da gordura é mais preditiva de saúde que a avaliação isolada do peso. Apesar disso, o índice de massa corporal (IMC), pela sua praticidade, baixo custo e boa correlação com risco de comorbidades, ainda é o indicador mais utilizado na literatura para avaliação do estado nutricional. Sua combinação com medidas da distribuição de gordura, como a medida da circunferência abdominal, favorece a interpretação dos resultados e reduz o risco de vieses na avaliação. A medida da circunferência abdominal ou circunferência da cintura reflete o conteúdo de gordura visceral e se associa à gordura corporal total, sendo um bom preditor de risco para doenças metabólicas, principalmente para hipertensão arterial e DCV (11).

Entre as pessoas idosas, a obesidade e a hipertensão arterial são fatores determinantes de morbidade e mortalidade, mas quando adequadamente controlados, reduzem significativamente as limitações funcionais e modificam a história natural. Por outro lado, o aumento da prevalência de HAS secundário à obesidade é alarmante: cerca de 70% dos casos de hipertensão em homens e 61% nas mulheres são atribuídos à obesidade. Para cada quilograma de peso ganho a pressão sistólica eleva-se em média 1 mmHg (12).

O ganho de peso, concomitante à deterioração da saúde neste grupo etário, em geral se deve à adoção de dietas ricas em energia e gorduras e pobres em proteínas, vitaminas, minerais e fibras. Este padrão alimentar revela situação de insegurança alimentar e nutricional e é produto da adoção de dietas restritivas em função de limitações econômicas, quadros patológicos e escolhas equivocadas, geralmente baseadas em crenças, tradições e suposições pessoais de intolerâncias ou alergias alimentares (13).

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A hipertensão arterial sistêmica apresenta-se como um dos problemas de saúde de maior magnitude na atualidade. É uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Importante fator de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, sendo responsável por cerca de 14% das mortes por doenças cardiovasculares no mundo (14).

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) a HAS caracteriza-se por “uma condição clínica multifatorial que resulta em níveis de pressão arterial (PA) elevados e sustentados”. Clinicamente observada como valores da medida da PA sistólica acima de 140 mmHg e de PA diastólica acima de 90 mmHg. Frequentemente associados a alterações funcionais e/ou estruturais em órgãos-alvo, como coração, rins e vasos sanguíneos (15).

A HAS pode ser classificada segundo a etiologia como primária ou secundária. A primária não possui uma causa definida; pode ser atribuída a interação entre fatores genéticos, celulares e hemodinâmicos; é a principal forma, representando até 94% dos casos. A secundária é resultado de processos etiopatogênicos específicos como a insuficiência renal crônica, a hipertensão arterial renovascular, uso de contraceptivos orais, doenças endócrinas, entre outras (uso de drogas, alterações congênitas, coarctação da aorta). O risco cardiovascular para a pressão arterial é estratificado em cinco níveis de acordo com a presença e número de fatores de risco associados, lesões em órgãos-alvo e doença cardiovascular (15).

O tratamento da hipertensão inclui medidas farmacológicas e não farmacológicas. Embora um grande número de medicamentos anti-hipertensivos, com benefícios comprovados no tratamento e na prevenção de doenças cardiovasculares, esteja disponível, o número de hipertensos que consegue manter a PA em níveis adequados é muito baixo. Conforme os autores, esse fato se deve, entre outros, a baixa adesão ao tratamento por parte destes usuários. O conceito de adesão ao tratamento varia bastante entre os autores, mas pode ser entendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento (16).

Com relação ao tratamento não medicamentoso algumas das medidas a serem consideradas são cessação do tabagismo, redução do estresse psicossocial e atividade física regular, além do controle do peso e adoção de hábitos alimentares saudáveis, com diminuição do consumo de sal, baixo consumo de gorduras e alto consumo de frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios (17).

Em indivíduos com pré-hipertensão ou hipertensão leve, sem fatores de risco, realizar mudanças no estilo de vida é o suficiente para controlar a pressão arterial (PA) e evitar ou adiar a manifestação de comorbidades. Em contrapartida, na presença de fatores de risco e na hipertensão grave é necessário o tratamento medicamentoso (16).

O envelhecimento é fator de risco independente e não modificável para o desenvolvimento de HAS. Além da idade, gênero, hereditariedade, estado nutricional,

hábitos alimentares (particularmente a ingestão excessiva de sal), ingestão excessiva de álcool, tabagismo, sedentarismo e fatores socioeconômicos elevam o risco de hipertensão arterial (17).

A relação direta e linear entre idade e pressão arterial resulta em prevalência de HAS superior a 75,0% nos idosos brasileiros com mais de 70 anos, devido à modificação de padrões de susceptibilidade à hipertensão que ocorrem com o envelhecimento. Em idosos, há predomínio do aumento da pressão sistólica, devido a diferentes mecanismos, como disfunção endotelial, aumento da concentração sérica de metabólitos ativos, constrição miogênica e causas moleculares (18).

Os níveis de controle da pressão arterial na população brasileira em geral ainda são inferiores a 20,0%. Esforços dos profissionais de saúde, sociedades científicas e das agências governamentais ocorrem no sentido de se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS. Em razão de sua alta prevalência e baixas taxas de controle, a HAS é considerada grave problema de saúde pública (17).

Padrão Alimentar Saudável e Hipertensão Arterial

Uma alimentação para ser considerada saudável é necessária que a mesma contenha porções de todos os grupos de alimentos, como proteínas, lipídios, carboidratos, fibras, vitaminas e minerais, pois nenhum alimento consumido isoladamente fornecerá tudo o que o organismo necessita. A alimentação saudável é primordial para saúde humana, em todas as fases da vida (19).

As substâncias ou compostos funcionais caracterizam-se por apresentar propriedades que são benéficas ao ser humano, como por exemplo, a ação de substâncias capazes de modular as respostas metabólicas do indivíduo resultando em maior proteção e estímulo à saúde. Promovem o bem-estar dos indivíduos prevenindo o aparecimento precoce de doenças degenerativas e permitindo o aumento da longevidade com qualidade de vida (20).

Entre os hábitos de vida, a alimentação ocupa um papel de destaque no tratamento e prevenção da HAS. Várias modificações dietéticas demonstram benefícios sobre a pressão arterial, como a redução da ingestão de sal e álcool, redução do peso e possivelmente aumento no consumo de alguns micronutrientes, como potássio e cálcio. Alguns estudos indicam que o padrão dietético global, mais que um alimento

isolado, tem maior importância na prevenção de doenças e redução da morbidade e mortalidade cardiovascular (21).

Uma alternativa para reduzir o sódio, que aos poucos está sendo utilizada pela gastronomia para a elaboração de pratos saudáveis, consiste no uso de ervas, substituindo parte do sal, mascarando a sua ausência. Atualmente, um composto denominado “sal de ervas” está sendo bastante utilizado. O “sal de ervas” consiste em uma mistura de quatro porções em quantidades iguais, de alecrim (*Rosmarinus officinalis L.*), manjericão (*Ocimum basilicum Linn.*), orégano (*Origanum vulgare*) e sal comum (Nacl). É ideal para quem precisa diminuir o uso do sal e manter a pressão controlada, podendo ser usada em qualquer alimento (22).

O alecrim é conhecido por seu poder conservante, graças a seu poder antioxidante e antimicrobiano. Seu óleo essencial, além de conferir o poder de condimentação da erva, é capaz de inibir o crescimento de microrganismos, especialmente os patogênicos (22).

O manjericão, além de ser bastante utilizado na condimentação dos alimentos, confere propriedades terapêuticas como antiespasmódico, antitérmico e ainda facilita a digestão. Possui ainda atividade antimicrobiana, auxiliando no tratamento de infecções parasitárias e também para inibir microrganismos em determinados produtos alimentícios. O orégano apresenta propriedades antioxidantes e antimicrobianas, sendo empregado até mesmo como substitutos de antibióticos em rações de frangos de corte (22).

Os “Dez Passos para uma Alimentação Saudável para pessoas com HAS” foram adaptados a partir dos Dez Passos para uma Alimentação Saudável e contemplam as recomendações de alimentação necessárias ao autocuidado para usuários com HAS. A seguir, é apresentada na tabela 1 os “Dez Passos para uma Alimentação Saudável para pessoas com HAS”, validados pelo Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição Sudeste II.

Tabela 1. Dez passos para uma alimentação saudável para pessoas com HAS.

1. Procure usar o mínimo de sal no preparo dos alimentos. Recomenda-se para indivíduos hipertensos 4 g de sal por dia (uma colher de chá), considerando todas as refeições.

2. Para não exagerar no consumo de sal, evite deixar o saleiro na mesa. A comida já contém o sal necessário!
3. Leia sempre o rótulo dos alimentos verificando a quantidade de sódio presente (limite diário: 2.000 mg de sódio).
4. Prefira temperos naturais como alho, cebola, limão, cebolinha, salsinha, açafrão, orégano, manjericão, coentro, cominho, páprica, sálvia, entre outros.
5. Evite o uso de temperos prontos, como caldos de carnes e de legumes, e sopas industrializadas. Atenção também para o aditivo glutamato monossódico, utilizado em alguns condimentos e nas sopas industrializadas, pois esses alimentos, em geral, contêm muito sódio.
6. Diminua o consumo de gordura. Use óleo vegetal com moderação e dê preferência aos alimentos cozidos, assados e/ou grelhados.
7. Procure evitar a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas e o uso de cigarros, pois eles contribuem para a elevação da pressão arterial.
8. Consuma diariamente pelo menos três porções de frutas e hortaliças (uma porção = 1 laranja média, 1 maçã média ou 1 fatia média de abacaxi).
9. Procure fazer atividade física com orientação de um profissional capacitado.
10. Mantenha o seu peso saudável. O excesso de peso contribui para o desenvolvimento da hipertensão arterial.

Fonte: (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2012).

A intervenção nutricional tem como objetivos gerais a prevenção primária e secundária da HAS e como objetivos específicos: redução dos níveis pressóricos, possibilitando a diminuição da quantidade de fármacos utilizados na terapia medicamentosa, manutenção do peso corporal, redução da obesidade visceral e redução de peso, nos casos de sobrepeso e obesidade; adequação do consumo energético e de macro e micronutrientes, conforme necessidades individuais; valorização dos hábitos e da cultura alimentar, assim como de uma alimentação saudável, promovendo ações de reeducação alimentar (23).

Cabe ao profissional de saúde orientar mudanças na dieta habitual visando à adequação do consumo energético, dos macro e micronutrientes, principalmente de potássio (K), cálcio (Ca) e magnésio (Mg) associado à redução do consumo de sódio (Na), das gorduras saturada e trans, além do incremento do consumo das gorduras mono e poliinsaturadas e das fibras. (23).

PLANO OPERATIVO

Situação problema	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
- Hábitos alimentares inadequados de idosos hipertensos da Unidade Básica de Saúde Lagoa do município de Paulistana (PI).	- Orientar os idosos hipertensos sobre a importância da adoção de hábitos alimentares saudáveis como tratamento não medicamentoso para controle da hipertensão. .	- Desenvolver quatro palestras educativas para os idosos hipertensos e seus familiares durante o mês de janeiro /2019 abordando sobre o benefício de uma alimentação saudável e escolha de alimentos saudáveis.	- Realizar semanalmente durante o mês de janeiro/2019 na própria sede da UBS Lagoa palestras educativas abordando sobre o benefício de uma alimentação balanceada para o controle da pressão arterial dos idosos hipertensos. - Distribuir durante as reuniões na UBS Lagoa folders ilustrativos aos idosos sobre os alimentos que devem ser consumidos e evitados para controle da HAS	- Equipe multiprofissional do NASF I (nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga, assistente social e educadora física). - Equipe da ESF Lagoa do município de Paulistana (PI).
	- Realizar aconselhamento nutricional adequado aos idosos.	- Realizar atendimento nutricional individual no mês de janeiro/2019 aos idosos hipertensos da UBS Lagoa. - Realizar no mês de fevereiro/ 2019 consulta nutricional de retorno	- Realizar o atendimento nutricional no mês de janeiro/2019 e o retorno em fevereiro/2019 dos idosos hipertensos na sede do NASF I. - Fornecer orientações nutricionais e entrega do plano alimentar aos idosos e	

		aos idosos hipertensos.	seus cuidadores durante as consultas com a nutricionista na sede do NASF I.	
	- Estimular o uso do sal de ervas como opção de tempero no controle da HAS.	- Desenvolver duas oficinas educativas “Sal de Ervas” para os idosos hipertensos durante o mês de janeiro/2019 .	- Realizar durante o mês de janeiro/2019 na sede da UBS Lagoa, duas oficinas “Sal de Ervas”, para a preparação e distribuição de amostras do sal aos hipertensos em substituição ao sal convencional.	

PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

Inicialmente será realizado o cadastro dos idosos hipertensos da ESF Lagoa do município de Paulistana (PI), através de fichas contendo as seguintes informações: dados pessoais, socioeconômicos e hábitos alimentares, além da medicação usada para a hipertensão (com as devidas dosagens e horários de administração) que serão anexadas aos seus prontuários.

O acompanhamento do projeto de intervenção será realizado mensalmente durante as reuniões na sede da UBS através da aplicação de questionários para conhecimento dos hábitos alimentares dos pacientes pela nutricionista do NASF I e o uso de planilhas para a anotação da pressão arterial dos idosos, que será aferida pela enfermeira ou técnica de enfermagem da ESF.

Para avaliar a aceitabilidade do sal de ervas entre os idosos hipertensos, será sugerida a realização de um grupo operativo para discutir e debater a opinião deles sobre a apreciação de ervas como tempero de alimentos. A partir das respostas dadas, a nutricionista do NASF I elaborará um relatório resumindo o grau de aceitabilidade entre os participantes e a sua relação com o controle dos seus níveis pressóricos.

Os resultados obtidos durante os encontros do projeto serão apresentados mensalmente em reuniões aos gestores, coordenação da Atenção Básica e profissionais da saúde do município. Tais resultados serão divulgados através de relatórios com gráficos elaborados pela nutricionista do NASF I, mostrando a evolução dos participantes do projeto quanto ao controle dos seus níveis pressóricos e melhoria dos seus hábitos alimentares.

Será realizada a aplicação de questionários aos usuários após o término do projeto para avaliação do conhecimento adquirido com a intervenção, além de suas sugestões e críticas.

CONCLUSÃO

A hipertensão arterial é um dos principais problemas em nossa área de abrangência e o projeto de intervenção constitui uma ferramenta útil para diminuir a incidência e prevalência de suas complicações no município de Paulistana (PI).

Uma dificuldade desta intervenção para os profissionais de saúde desta Unidade Básica de Saúde consiste em ensinar as pessoas com hipertensão a adotar hábitos alimentares saudáveis de forma contínua. Isso significa educar para que tais mudanças comportamentais aconteçam e se mantenham ao longo da maior parte da trajetória da doença e da vida.

Um dos grandes desafios na implantação do plano de ação envolve os fatores na adesão, dentre eles a gestão municipal. A perspectiva é que os gestores ofereçam os subsídios necessários para a implantação e manutenção desse projeto, bem como os recursos financeiros necessários para o desenvolvimento da “Oficina Sal de Ervas” na Unidade Básica de Saúde Lagoa e a sua implantação nas demais equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Paulistana (PI), sendo essa uma alternativa eficaz e de baixo custo para melhorar a adesão do paciente à terapia nutricional para controle da pressão arterial.

Espera-se que com a implantação deste projeto ocorra à estabilização das cifras de pressão arterial, e a população idosa hipertensa fique mais informada sobre alimentação saudável, consciente dos alimentos que não pode ingerir, logrando a diminuição das complicações causadas pela hipertensão, além do melhor acompanhamento deste grupo de pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@ - censo demográfico 2013. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=220780&search=piaui|paulistana>. Acesso em 02/10/2018.
2. Girotto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n.6, 2013.
3. Magalhães CC et al. Tratado de Cardiologia. SOCESP. 3rd ed. São Paulo: Manole; 2015.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica n. 23. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. 280p.
5. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 21, n.4, p. 539-548, 2012.
6. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein, São Paulo, v. 6, supl. v1, p. S4-S6, 2008.
7. Lima RE, Barros CRA, Oliveira NAC. Percepção dos clientes hipertensos acerca das complicações da hipertensão arterial sistêmica. Revista Interfaces, v. 2, n.5, 2014.
8. Crawford MH. Current cardiologia: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2013.
9. WHO - World Health Organization. Obesity and overweight. WHO Media Centre, Geneva, 2015.
10. Santos RD et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz sobre o consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 100, n. 1, supl. 3, p. 1-40, 2013.
11. Krause MP, Hallage T, Gama MPR, Miculis CP, Matuda NS, Silva SG. Association of fitness and waist circumference with hypertension in Brazilian elderly women. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 93, n. 1, p. 2-8, 2009.
12. Zaitune MPA et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 285-294, 2006.
13. Zeanandin G et al. Impact of restrictive diets on the risk of undernutrition in a freeliving. Clinical Nutrition, Edinburgh, v. 31, n. 1, p. 69-73, 2012.
14. Silveira J, Scherer F, Deitos A, Bosco SMD. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. Cad. Saúde Colet., v. 21, n. 2, p. 129-134, 2013.
15. Rego ARF. Qualidade de vida de pacientes hipertensos e hipertenso- diabéticos. [Dissertação]. Universidade Estadual da Paraíba, Pró- Reitoria de Pós- Graduação e Pesquisa, 2011.
16. Weber D, Oliveira KR, Colet CF. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde. Rev. Bras. Hipertens., v. 21, p. 114-121, 2014.
17. Araújo, SP. Influência dos níveis pressóricos, estado nutricional e atividade física sobre a qualidade de vida de hipertensos muito idosos. [Dissertação]. Universidade Federal do Goiás, Faculdade de Nutrição (Fanut), Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde; Goiânia, 2015.

18. Mateos-Cáceres PJ, Zamorano-León JJ, Rodríguez-Sierra P, Macaya C, López-Farré AJ. New and old mechanisms associated with hypertension in the elderly, International Journal of Hypertension, Nova Iorque, v. 2012, p. 1-10, 2012.
19. Guimarães LM, Oliveira DS. Influência de uma alimentação saudável para longevidade e prevenção de doenças. Interciência & Sociedade, v. 3, n.2, 2014.
20. Penha LAO, Fonseca, ICB, Mandarino JM, Benassi VT. A soja como alimento: valor nutricional, benefícios para a saúde e cultivo orgânico. B. CEPPA, Curitiba; 25; 91-102; 2007.
21. Miranda RD, Strufaldi MB. Tratamento não medicamentoso: dieta DASH. In: Brandão AA, Amodeo C, Fernando M. Hipertensão. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
22. Araújo IBS. Otimização do uso de “Sal de ervas” e cloreto de potássio na substituição parcial do cloreto de sódio em corte e em linguiça de frango. [Dissertação]. Universidade Federal da Paraíba, Bananeira/PB, 2012.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)