

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Educação alimentar para pacientes hipertensos:  
uma proposta de ação**

**Aluno: Samira Namivia Placencia Rodriguez**

**Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia Barbieri**

**São Paulo**

**2014**

## SUMARIO

1. Introdução	
1.1. Identificação e apresentação do problema .....	3
1.2. Justificativa da intervenção .....	4
2 Objetivos	
2.1. Objetivo geral .....	5
2.2. Objetivos específicos .....	5
3. Revisão Bibliográfica .....	5
4. Metodologia	
4.1. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção .....	7
4.2. Contexto da intervenção .....	7
4.3. Estratégias e ações .....	7
4.4. Avaliação e monitoramento .....	8
5. Resultados Esperados .....	9
6. Cronograma .....	9
7. Referências .....	9
8. Anexo.....	11

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Identificação e apresentação do problema

O corpo humano é um organismo complexo com inter-relação de sistemas, onde a harmonia deste é essencial para o pleno funcionamento de cada tecido. O sistema cardiovascular, composto pelo coração e vasos sanguíneos, apresenta uma função primordial de transportar metabólitos e catabólitos oriundos da atividade celular de cada sistema, proporcionando assim plena atividade fisiológica. A pressão arterial (PA) é determinada fisiologicamente de acordo com diversos fatores intrínsecos e extrínsecos.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) pode ser primária ou secundária. Na hipertensão arterial primária não há uma causa definida, mas geralmente está ligada a predisposição genética, a qual os pacientes relatam histórico familiar de HA nos parentes mais próximos (pais, irmãos, tios e avós). Nos casos de hipertensão arterial secundária, é possível determinar a causa deste aumento pressórico podendo esta ser ou não ser tratável. Dentre as causas secundárias de hipertensão arterial destacam-se as nefropatias, o diabetes, a apnéia obstrutiva do sono, os tumores das glândulas supra-renais e a estenose das artérias renais.

O diagnóstico da hipertensão arterial é realizado por meio da medida da pressão arterial com aparelhos de coluna de mercúrio, aparelhos automáticos ou aparelhos semi-automáticos, denominados esfigmomanômetro. É caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), sendo para adultos a seguinte medida de PA:  $\geq 140$  mmHg de pressão sistólica e  $\geq 90$  mmHg de pressão diastólica.

Os principais fatores de risco são: idade, gênero, etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão elevada de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores sócio-econômicos e genéticos. A probabilidade de um indivíduo apresentar hipertensão arterial ao longo de sua vida é de aproximadamente 90%.<sup>(1)</sup>

A HAS é uma doença poligênica e multifatorial, que pode causar lesão nos chamados órgãos-alvo. É considerado um problema de Saúde Pública e apresenta custos elevados, em função das suas complicações; com alta prevalência na população adulta atendida na atenção primária é um fator de risco e uma doença em si associada a padrões alimentares inadequados, diminuição da atividade física e outros hábitos tóxicos. Hoje sabemos que a maioria das pessoas que morrem de eventos cerebrovasculares e cardiovasculares são hipertensos.

Diante do rápido envelhecimento populacional brasileiro, é importante investigar mais detalhadamente essa questão no país e o município demonstra características semelhantes com o quadro, por isso faz-se necessário medidas intervencionistas.<sup>(2,3)</sup>

## 1.2 Justificativa da intervenção

A relevância da hipertensão arterial (HA) como importante fator de risco cardiovascular (FRCV), sua alta prevalência mundial e o aumento da probabilidade de desfechos circulatórios fatais ou não-fatais quando a ela estão associados outros fatores de risco tornam muito importante o conhecimento de sua ocorrência nacional e regional, assim como a correlação com outros possíveis fatores potencialmente desencadeantes de eventos cardiocirculatórios. <sup>(4,5)</sup>

Os dados epidemiológicos brasileiros relativos a risco cardiovascular, apesar de já se mostrarem consistentes pela existência de estudos bem delineados e representativos, ainda estão restritos a algumas regiões, o que acaba deixando algumas dúvidas se as informações existentes representam o país como um todo. <sup>(5,6)</sup>

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 da 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. <sup>(7,8)</sup>

O reconhecimento de que a modificação dos hábitos de vida com a prevenção do aparecimento dos fatores de risco (FR) e o tratamento adequado de desvios da normalidade quando estabelecidos (HA, obesidade, sedentarismo, dislipidemias, dentre outros) modificam a história evolutiva desses agravos tornando ainda mais estratégico o conhecimento de sua prevalência. <sup>(9,10,11)</sup>

O objetivo da prevenção e tratamento da hipertensão é reduzir a morbimortalidade cardiovascular por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução/controlar a doença.

O tratamento não medicamentoso, que compreende mudanças no estilo de vida, como controle de peso, redução da ingestão de sódio e gorduras, maior ingestão de fibras, vitaminas e minerais, incluindo o potássio, redução do consumo de bebidas alcoólicas e café, prática de atividade física regular e abandono do tabagismo, é recomendado em todos os estágios da doença, associado ou não ao tratamento medicamentoso. O atendimento nutricional visa identificar hábitos alimentares inadequados e incorporar hábitos saudáveis e permanentes.

Na Unidade de saúde Villa Maggi, localizada no bairro de Pirituba na zona Norte no município de São Paulo, tem cadastrados 19.145 pacientes, destes 2.258 são hipertensos para um total de 11,79% da população. Desta forma é considerada a HTA como um problema de saúde pública. Em nossa equipe temos cadastrados 3.254 pacientes e destes 354 sofrem de hipertensão para um 10,87%. Assim, considera-se imprescindível uma atuação ativa mediante um projeto de intervenção para melhorar os inadequados hábitos alimentares dos pacientes hipertensos para reduzir a descompensação da doença e suas complicações.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Geral

- Combater os inadequados hábitos alimentares dos pacientes hipertensos na área de abrangência da equipe azul da Unidade de Saúde Vila Maggi, Município de São Paulo

### 2.2. Específico

- Construir um plano de ação para o combate dos inadequados hábitos alimentares dos pacientes hipertensos;
- Orientar os profissionais da unidade de saúde e os pacientes por meio de educação continuada sobre os riscos, complicações e tratamento não medicamentoso da hipertensão.

## 3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) no mundo mais de 900 milhões de pessoas cuja pressão arterial encontram-se acima do que é agora considerado normal. <sup>(12,13)</sup>

A prevalência mundial estimada é da ordem de 1 bilhão de indivíduos hipertensos, sendo que aproximadamente 7,1 milhões de óbitos que ocorrem por ano podem ser atribuídos a hipertensão arterial. Cerca de 50 milhões de norte americanos possuem hipertensão arterial. Destes, em torno de 70% têm conhecimento do diagnóstico, porém apenas 59% recebem tratamento e 34% têm seus níveis pressóricos controlados de acordo com as diretrizes atuais. <sup>(14,15)</sup>

No Brasil, os estudos que analisam a prevalência da hipertensão arterial são poucos e não representativos. Entretanto, estudos isolados em regiões diferentes do país apontam para uma prevalência estimada da hipertensão arterial na ordem de 22 a 44% da população. <sup>(4)</sup>

A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, aumentando o risco de desenvolvimento de insuficiência coronária, insuficiência cardíaca, hipertrofia do ventrículo esquerdo, acidente vascular cerebral e insuficiência renal crônica. <sup>(17,18,19)</sup>

Os dados epidemiológicos brasileiros relativos a risco cardiovascular, apesar de já se mostrarem consistentes pela existência de estudos bem delineados e representativos, ainda estão restritos a algumas regiões, o que acaba deixando algumas dúvidas se as informações existentes representam o país como um todo. <sup>(5,6)</sup>

A hipertensão arterial atinge 23,3% dos brasileiros, segundo pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde. A proporção de brasileiros diagnosticados com hipertensão arterial, de acordo com o levantamento, aumentou nos últimos cinco anos, passando de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010. Em relação ao ano passado, no entanto, o levantamento aponta recuo de 1,1 ponto percentual. Em 2009, a proporção foi de 24,4%.<sup>(20)</sup>

De acordo com a pesquisa, o diagnóstico de hipertensão é maior em mulheres - 25,5% - do que em homens - 20,7%. Nos dois sexos, no entanto, o diagnóstico de hipertensão arterial se torna mais comum com a idade, alcançando cerca de 8% dos indivíduos entre os 18 e os 24 anos de idade e mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade.

Segundo o Ministério da Saúde, "o aumento da prevalência se deve ao maior acesso da população ao diagnóstico na atenção primária de saúde e as mulheres procurarem mais o diagnóstico na atenção básica, daí uma prevalência mais significativa entre elas".

A associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico é mais evidente na população feminina: enquanto 34,8% das mulheres com até oito anos de escolaridade apresentam diagnóstico de hipertensão arterial, a mesma condição é observada em apenas 13,5% das mulheres com doze ou mais anos de escolaridade.

"Os dados também mostram que o índice cresce em quem tem escolaridade menor. Então dizer que hipertensão é doença da classe média alta é um mito", disse o ministro da Saúde.

Entre as capitais, Palmas tem o menor percentual de adultos com diagnóstico de hipertensão, com 13,8%. O Rio de Janeiro tem o maior percentual - 29,2%. Entre os homens, as maiores frequências de hipertensão ocorrem no Distrito Federal (28,8%), Belo Horizonte (25,1%), e Recife (23,6%); e as menores, em Palmas (14,3%), Boa Vista (14,6%) e Manaus (15,3%).

Entre mulheres, os maiores percentuais foram no Rio de Janeiro (33,9%), Porto Alegre (29,5%) e João Pessoa (28,7%); e os menores, em Palmas (13,2%), Belém (17,4%) e Distrito Federal (18,1%).

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 da 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.<sup>(7,8)</sup>

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção**

A intervenção envolverá pacientes cadastrados como hipertensos da equipe azul da Unidade de Saúde Vila Maggi., localizada no Município de São Paulo.

A equipe envolvida será composta por médico, enfermeira e agentes de saúde.

### **4.2 Contexto da intervenção**

Durante as consultas na Unidade de Saúde da Família Vila Maggi, Bairro de Pirituba, Município de São Paulo, há um número expressivo de pacientes que comparecem às consultas por hipertensão arterial descompensada e entre as principais causas de descompensação que nos chamou a atenção foram os hábitos alimentares inadequados.

Os pacientes não realizam acompanhamento adequado e conseqüentemente a dieta não está correta.

Quando os pacientes foram questionados sobre os riscos, unanimemente concordaram com seu desconhecimento sobre alguns aspectos relacionados.

As ações dirigidas ao indivíduo usuários hipertensos dar-se-ão na própria unidade de saúde (consultório e sala de reuniões) local destinado para grupo de hipertensos.

### **4.3 Estratégias e ações**

#### **Etapa 1**

Inicialmente será necessária a identificação da população com hipertensão arterial e hábitos alimentares inadequados, presente entre os pacientes cadastrados na unidade, para, assim, direcionar as ações preventivas. Essa investigação será realizada por meio de abordagem no momento do acolhimento na unidade de saúde e durante as consultas, sob entrevista.

#### **Etapa 2**

Os selecionados, então, serão convocados por micro áreas para uma reunião na unidade de saúde, para descrição rápida do objetivo e a importância do projeto de intervenção.

### Etapa 3

Agendamento de consultas individuais para conscientização da importância da consulta periódica, monitoramento da tensão arterial e avaliação da dieta.

### Etapa 4

Serão realizadas reuniões quinzenais, na unidade de saúde, nas quais cada dia será discutido um tema relacionado à dieta e sob formas variadas, de acordo com o profissional selecionado para a data.

DIA	TEMA	Palestrante
1º dia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acolhimento e explanação do projeto.</li></ul>	Equipe de Saúde
2º dia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Indicação, manejo adequado da dieta e orientações médicas.</li></ul>	Médica
3º dia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alimentação saudável</li></ul>	Médica
4º dia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Propostas de medidas alternativas, não farmacológicas para controlar a pressão arterial.</li></ul>	Enfermeira
5º dia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Como evitar as principais complicações da HAS.</li></ul>	Enfermeira
6º dia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Importância da dieta para o controle da HAS.</li></ul>	Médica
7º dia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Discussão analítica e global do projeto;</li><li>• Aplicação do questionário;</li><li>• Confraternização.</li></ul>	Equipe de Saúde

#### 4.4 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 serão realizadas com toda a equipe de saúde, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessárias.

A aplicação de questionário (Anexo) possibilitará avaliar os pontos positivos, negativos do ponto de vista dos pacientes, os tópicos esperados e alcançados por eles, com a intervenção.



## 5. RESULTADOS ESPERADOS

Através de atitude ativa, persistente e duradoura de toda a equipe, os pacientes do Grupo alcançarão a percepção dos riscos que a dieta inadequada traz a eles e conseqüentemente as complicações que se podem prevenir.

## 6. CRONOGRAMA

Atividades	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Elaboração do projeto	X	X				
Identificação da população		X	X			
Estudo do referencial teórico	X	X	X	X	X	X
Implantação do projeto				X	X	
Análise dos resultados						X
Divulgação dos resultados						X

## 7. REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(supl1): 1-51.
2. Costa AR. Tratamento da hipertensão arterial sistêmica: prevenção de acidente vascular cerebral e insuficiência coronariana. In: Barreto ACP, Santello JL. Manual de hipertensão – Entre a evidência e a prática clínica. São Paulo, Lemos Editorial; 2002. p. 149-68.
3. Weinstock RS, Dai H, Wadden T. Diet and exercise in the treatment of obesity. Effects of three interventions on insulin resistance. Arch Int Med. 1998 158: 2477- 83.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2004; (supl.4):1-40.

5. Fields LE, Burt VL, Cutler JA, Hughes J, Roccella E, Sorlie P. The Burden of Adult Hypertension in the United States 1999 to 2000. *A Rising Tide. Hypertension*. 2004; 44: 398-404.
6. Feijão AMM, Gadelha RV, Bezerra AA, Oliveira AM, Silva MSS, Lima JWO. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população de baixa renda. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 84(1): 29-33.
7. Coitinho DC, Leão MM, Recine E, Sichieri R. Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos: Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Brasília: INAN/Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; 1991.
8. Monteiro CA, Conde WL. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 1999; 43(3):186-94.
9. Teodósio MR, Freitas CLC, Santos NRV, Oliveira ECM. Hipertensão na mulher: estudo em mães de escolares de Jaboatão dos Guararapes – Pernambuco – Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2004; 50(2): 158-62.
10. Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger WH, Kostis JB; for the TONE Collaborative Research Group. Sodium Reduction and Weight Loss in the Treatment of Hypertension in Older Persons. A Randomized Controlled Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly (TONE). *JAMA*. 1998; 279:839-46.
11. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva: Report; 1997.
12. Altorf W, Kuil VD, Engberink MF, Brink EJ, Baak MAV, Bakker SJL, et al. Dietary protein and blood pressure: a systematic review. *PLoS ONE* 2010,5(8): e 12-102.
13. Myers MH, Champagne CM. Nutritional effects on blood pressure. *Curr Opin Lipidol*. 2007; 18:20-24.
14. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension*. 1995;25(3):305-13.
15. Hajjar I, Kotchen TA. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000. *JAMA*. 2003;290(2):199-206.
16. Mion D Jr, Gomes MA, Fernando N e col. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2004;82(supl 4):1-14.17. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: the framingham heart study. *JAMA*. 2002;287(8):1003-10.

18. Wilson PW. Established risk factors and coronary artery disease: the framingham study. Am J Hypertens. 1994;7(7 Pt 2):7S-12S.

19. Levy D, Larson MG, Vasan RS, Kannel WB, Ho KK. The progression from hypertension to congestive heart failure. JAMA. 1996;275(20):1557-62.

20. Neal B, MacMahon S, Chapman N. Blood pressure lowering treatment trialist's collaboration. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed. Lancet. 2000;356(9246):1955-64.

## 8. ANEXO

### Questionário de avaliação do Projeto de Intervenção

1 Você gostou de participar do Projeto.

( ) sim ( ) não

2 Qual era a dieta que você fazia antes de participar do Grupo.

3 O projeto ajudou você entender sobre a sua doença e o uso correto da dieta?

( ) sim ( ) não

4 Na sua opinião, quais foram os pontos positivos do projeto? E os negativos?

5 As atividades trouxeram mudanças em algum hábito praticado por você?  
Qual?

6 Você conseguiu, com as orientações do seu médico, fazer uma dieta adequada?

( ) sim ( ) não

7 Além do que foi proposto no projeto, você gostaria de realizar outras atividades? Quais?