



## **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DE FAMÍLIA**

### **Influência da alimentação e o sedentarismo no manejo e controle da Hipertensão arterial**

**Sandra Maria Garcia Rondon**

**Orientadora: Aline Fiori dos Santos Feltrin.**

## Sumário

<b>Introdução</b> .....	1
<b>2. Objetivos</b> .....	4
<b>2.1 Geral</b> .....	4
<b>2.2 Específicos</b> .....	4
<b>3. Metodologia</b> .....	5
<b>3.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção</b> .....	5
<b>3.2 Cenários da intervenção</b> .....	5
<b>3.3 Estratégias e ações</b> .....	5
<b>3.4. Avaliação e Monitoramento</b> .....	6
<b>4. Revisão Bibliográfica</b> .....	7
<b>5. Resultados Esperados</b> .....	9
<b>6. Cronograma</b> .....	10
<b>7. Referências bibliográficas</b> .....	11

## Introdução

A hipertensão arterial é reconhecida como principal fator de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, é altamente prevalente. Segundo dados do Ministério da Saúde, cerca de 30 milhões de brasileiros têm Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), e há outros 12 milhões que não sabem que possuem a doença. Esta doença mata por ano 7.6 milhões de pessoas no mundo todo, devido as suas complicações como acidentes vasculares cerebrais (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), entre outras. No Brasil ela é responsável por 300 mil mortes ao ano.<sup>1</sup>

Por ser uma condição clínica multifatorial, é caracterizada pela elevação dos níveis tensionais no sangue, geralmente acompanhada por outras alterações como obesidade.<sup>1,2</sup> Na atualidade atinge seres humanos de todas as faixas etárias, das diversas etnias e de ambos os sexos, apresentando índices de morbimortalidade cada vez maiores.<sup>1-3</sup> Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento de risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.<sup>4,5</sup>

A pressão arterial aumenta linearmente com a idade. Em indivíduos jovens, a hipertensão decorre mais frequentemente da elevação na pressão diastólica, enquanto a partir da sexta década o principal componente é a elevação da pressão sistólica.<sup>6-8</sup>

Atualmente no Brasil, vem ocorrendo uma grande mudança no perfil da mortalidade e morbidade da população com aumento de óbitos causados por doenças crônicas degenerativas. As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontram-se o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).<sup>9,10</sup>

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.<sup>2,11</sup>

Uma pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde apontou que a proporção de brasileiros diagnosticados com pressão alta cresceu de 21,5% em 2006 para 24,4% em 2009. Ainda, a Sociedade Brasileira de Cardiologia estima que apenas 10% da população faça regularmente acompanhamento médico e siga corretamente as orientações.<sup>2,12,13</sup>

A partir do surgimento do Programa de Saúde da Família e de sua implantação os hipertensos tem sido foco de atendimento, com um olhar diferente, holístico e preventivo pela equipe de trabalho, a terapêutica medicamentosa deixou de ser exclusiva para passar a ser parte de um acompanhamento de mudança no estilo de vida dos pacientes, incluindo alteração dos hábitos alimentares e de práticas de atividades físicas.<sup>4,14</sup>

O consumo de alguns alimentos pode levar a ingestão de certos nutrientes que induzem respostas às vezes indesejáveis na pressão arterial sistêmica e no sistema cardiovascular. Os alimentos de risco, ricos em sódios e gorduras saturadas, por exemplo, devem ser evitados ao passo que os de proteção, ricos em fibras de potássio são mais aconselháveis.<sup>5,15,16</sup>

A dieta preconizada pelo estudo DASH (Dietary Approachs To Stop Hipertension) mostrou benefícios no controle da hipertensão arterial, inclusive em pacientes fazendo uso de anti-hipertensivos. Enfatiza o consumo de frutas, verduras, alimentos integrais, leites desnatados e derivados, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol, maior quantidade de fibras, potássio, cálcio e magnésio. Associada a redução do consumo de sal, mostra benefícios ainda mais evidentes, sendo, portanto, fortemente recomendada para hipertensos.<sup>6,8,17</sup>

Estudos realizados sugerem que obesidade central esta mais fortemente associada com os níveis de pressão arterial alterados, do que a adiposidade total. A perda de peso acarreta redução da pressão arterial. O sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial sistêmica (HAS): indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos. O exercício aeróbio (caminhada, corrida, ciclismo, dança, natação, entre outros), apresenta efeito hipotensor maior em indivíduos hipertensos que normotensos. O exercício resistido possui efeito hipotensor semelhante, porém, menos consistente.<sup>7,10,19,20</sup>

A presença de fatores de risco cardiovasculares ocorre mais comumente na forma combinada, além da predisposição genética, fatores ambientais podem contribuir para uma agregação de fatores de risco cardiovasculares em famílias com estilo de vida pouco saudáveis. O estilo de vida vegetariano com atividade física regular, controle de peso, aumento do consumo de potássio e baixa ingestão de álcool é a dieta em si, rica em fibras, podendo ser favorável na redução do risco cardiovascular.<sup>21,22</sup>

A prática regular de exercícios físicos é recomendada para todos os hipertensos, inclusive aqueles sob tratamento medicamentoso, porque reduz a pressão arterial sistólica/diastólica em 6,9/4,9 mmHg. Além disso, o exercício físico pode reduzir o risco de doença arterial coronária, acidente vascular cerebral, sequelas do mesmo e mortalidade em geral. Todo adulto deve realizar pelo menos trinta minutos de atividade física moderada pelo menos, de forma contínua ou acumulada, pelo menos cinco dias da semana.<sup>8,23</sup> Está descrito que com a mudança no estilo de vida há possibilidade de uma melhor resposta terapêutica e medicamentosa, diminuindo e retardando as complicações e consequência negativas da doença.<sup>9,21,23</sup>

Esse trabalho apresentará dados reais da UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOVAIA, situada na cidade de Guarulhos, Município do Estado de São Paulo, com endereço na Avenida Brigadeiro Faria Lima, 1361, Jardim Jovaia, que atende um total de população de 36.380 pacientes, e, mas especificamente na Microárea 131, totalizamos aproximadamente 3.150 pessoas, predominando a faixa etária de 20 a 59 anos, o que representa 60 % da população, das quais, 497 são hipertensas, dados atualizados até novembro de 2014.

## **2.Objetivos**

### **2.1 Objetivos gerais**

- Demonstrar a influência da alimentação e o sedentarismo na hipertensão arterial.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros profissionais ligados ao atendimento dos pacientes hipertensos, para ministrarem palestras, encontros e oficinas sobre fatores de risco, complicações e auto cuidado da doença.
- Criar ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social sobre a importância de mudar os estilos de vida na população hipertensa.
- Promover a monitorização da pressão arterial como elemento chave para o controle.
- Estimular a participação ativa dos pacientes no controle da hipertensão e doenças concomitantes.

### **3. Metodologia.**

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

Este projeto de intervenção tem caráter educativo. Será realizado na UBS Jovaia do Município de Guarulhos, em São Paulo. Sendo esta uma unidade mista, que atende PSF e UBS.

O critério de inclusão será o total de pacientes hipertensos de ambos sexos, cadastrados nos prontuários da nossa área. A equipe envolvida na intervenção será composta por médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem e os ACS.

#### **3.2 Cenários da intervenção.**

Para a realização desse projeto os cenários das intervenções estarão localizados na área de abrangência da nossa área, tendo lugar nas visitas domiciliárias e consultas, também serão utilizados como espaços físicos a sala de reuniões usando materiais de fácil manejo e entendimento como televisão, panfletos, material ilustrativo, papel, cadeiras, mesas, balanças.

#### **3.3 Estratégias e ações.**

##### **Etapa 1**

O projeto será iniciado com uma capacitação destinada aos ACS e outros profissionais ligados ao atendimento dos pacientes hipertensos, para aprofundar seus conhecimentos sobre esta doença, fatores de risco, complicações e auto cuidado. Isto fortalecerá a abordagem dos pacientes.

##### **Etapa 2**

Será feita busca ativa dos pacientes que são hipertensos e/ou aqueles cadastrados nos prontuários na área de saúde, que estiverem interessados convidando-os a participar do projeto

e serão preparados diferentes locais para a realização das atividades. Os pacientes trabalharão ao longo do projeto, mudanças no estilo de vida fundamentalmente comportamentos de auto cuidado, com enfoques variados: implementação de alimentação saudável e prática de exercícios físicos. Serão utilizadas diferentes técnicas como pesquisa ativa nos prontuários, dados obtidos nas consultas e visitas domiciliares.

### **Etapa 3**

Atividades educativas com grupos de hipertensos serão realizadas na UBS e repartidos por profissionais de saúde, com temas relacionados com alimentação e prática de exercícios físicos no manejo da hipertensão.

### **3.4 Avaliação e Monitoramento**

O monitoramento será processado em todos os dias de cada etapa da intervenção assim como a avaliação dos indicadores de atendimento das metas propostas, que são essenciais para uma análise real e concretado propósito do projeto e sua eficácia.

Será avaliado o número de pacientes atendidos, frequência nas reuniões, análise da compreensão das palestras realizadas, número de pacientes que tem alcançado o controle da hipertensão como resultado das mudanças no estilo de vida.

#### **4.Resultados esperados**

- Aumentar os conhecimentos dos pacientes sobre HAS e fatores desencadeantes como hipertensão e obesidade.
- Sensibilizar a os pacientes hipertensos para realizar mudanças no estilo de vida.
- Aumentar o número de pacientes que tem fortalecido o controle da hipertensão como resultado de um melhor auto cuidado.

## 5.Cronograma

<b>Atividades</b>	<b>Ago</b>	<b>Set</b>	<b>Out</b>	<b>Nov</b>	<b>Dec</b>	<b>Jan</b>	<b>Fev</b>
Definição de tema	X						
Elaboração do projeto		x	x	x	x		
Levantamento de bibliografia		x	x	x	x	x	x
Revisão final e digitação				x			
Elaboração do poster					x	x	
Apresentação final							x

## 6.Referências Bibliográficas

1. Geraldo Pierin AM, Marroni SN, Faleiros Taveira LA, Martins Bensenor IJ, Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primaria em Unidades Básicas de Saúde localizadas na região Oeste da cidade de São Paulo., Brasil, 2011, Ciência e Saúde Coletiva.
2. Art. Estatísticas de hipertensão: de acordo com dados do Ministério da Saúde- Hipertensão Brasil-Criasaude.com. Br, 2013.
3. Riveiro BM, Bezerra JG. Prevenção de Hipertensão arterial e fatores associados em estudantes de ensino médio de escolas públicas da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. CadSaúde Publica,2009, SciELO Brasil.
4. Bento DB, Ribeiro IB, Galato D. Percepção de pacientes hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de um município do Sul do Brasil sobre a doença eo manejo terapêutico. Rev. Bras.Farm, 2008, rbfarma.org. br.
5. Velandia-Arias, Rivera-Álvarez, Luz N Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. (Spanish) Revista de Salud Pública; jul/aug 2009, Vol. 11 Issue 4, p538-548, 11p, 2 Charts RetrievedfromMedi.
6. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol. 2010; 95.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): El Ministério; 2006. p. 208.
8. Spinella C, Lamas JLT. Fatores associados à hipertensão arterial e níveis pressóricos encontrados entre adolescentes trabalhadores. Rev. esc. enferm. US. 2007; 41(2): 196-204.
9. Franklin SS, Pio JR, Wong ND, Larson MG, Leip EP, Vasan RS, Levy D. Predictors of new-onset diastolic and systolic hypertension: the Framingham Heart Study. Circulation 2005; 111:1121-27.
10. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet 2005; 365:217-23.
11. Lessa I. Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca e da Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil. Rev. Bras. de Hipertensão 2001;8:383-392.
12. Drummond M, Barros MBA. Social Inequalities in Adult Mortality in Sao Paulo city. Rev. Bras. Epidemiol. 1999; 2(1/2):34-49.
13. The effects of nonpharmacologic interventions on blood pressure of persons with high normal levels. Results of the Trials of Hypertension Prevention, Phase I. JAMA 1992;267:1213-20.
14. Mancilha-Carvalho J. de J., Souza E Silva N. A. The Yanomami Indians in the INTERSALT Study. Arq Bras Cardiol 2003; 80: 289-300.

15. Carneiro G, Faria AN, Ribeiro Filho FF, Guimaraes A, Lerario D, Ferreira SR, Zanella MT. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2003; 49(3):306-311.
16. de Simone G, Devereux RB, Chinali M, Roman MJ, Best LG, Welty TK, Lee ET, Howard BV; StrongHeartStudyInvestigators. Risk factors for arterial hypertension in adults with initial optimal blood pressure: the Strong Heart Study. *Hypertension* 2006; 47(2): 162-7. Epub 2005 Dec 27.
17. Neter JE, Stam BE, Kok FJ, Grobbee DE, and Geleijnse JM. Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension* 2003; 42:878-84.
18. Stranges S, Wu T, Dorn JM, Freudenheim JL, Muti P, Farinero E, Russel M, Nochajski TH, Trevisan M. Relationship of alcohol drinking pattern to risk of hypertension: a population-based study. *Hypertension* 2004; 44:813-19.
19. Fagard RH. Physical activity, physical fitness and the incidence of hypertension. *J Hypertens* 2005; 23: 265-7.
20. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern med* 2002; 136:493-503.
21. Almeida VC, Nogueira MM, O autocuidado como estratégia para o acompanhamento de hipertensos e diabéticos da atenção primária. *Memorias Convencion Internacional de salud publica . Cuba Salud.* 2012.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Hipertensão para o Sistema Único de Saúde\Ministério de Saúde, Básica Brasília. Ministério de Saúde, 2006, p8.-(Cadernos de atenção básica, 16)(Serie A. Normas e Manuais técnicos).

23. DATASUS Informação e Informática a Serviço do SUS – SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica – SAS/DAB 11/2014.