



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO
PAULO**



DANILO HUMBERTO AUGUSTO

**BENEFÍCIOS DE UMA DIETA ADEQUADA Á PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal de
São Paulo para obtenção do Título de
Especialista em Saúde da Família.**

**Orientadora: Profa. Ma. DIANA CARLA
ROMANO**

São Paulo

2016

“Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”

(Paulo Freire)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVOS	7
2.1 Geral:	7
2.2 Objetivos Específicos:	7
3. MÉTODO	8
3.1 Local:	8
3.2 Público alvo: Pacientes hipertensos.....	8
3.3 Participantes:	8
4. RESULTADOS ESPERADOS.....	10
5. Cronograma	11
6. REFERÊNCIAS	12

1. INTRODUÇÃO

Pode-se dizer que, durante o último século as doenças cardiovasculares (DCV) se tornaram a principal causa de mortalidade do mundo. O aumento na prevalência de DCV está relacionado à melhora da saúde pública e cuidados de saúde que aumentam a sobrevivência e reduzem a mortalidade por outras causas. Entretanto, uma parcela do impacto no crescimento das DCV é atribuída às mudanças econômicas, sociais e culturais, mais pronunciadas nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares são responsáveis por 30% do total de mortes no mundo. A projeção da OMS é que esses grupos de doenças sejam a primeira causa de morte em todos os países em desenvolvimento até 2010 (Flavio A. Goulart/DF.2011).

Estudos de Simão et al. apontam que do ponto de vista etiológico, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é apontada como o fator de risco mais importante para as DCV. Cerca de 80% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e 40% dos óbitos por doença coronariana são resultantes de HAS. A doença hipertensiva, isoladamente, é responsável diretamente por cerca de 5% dos óbitos dentro do grupo das DCV (Simão M. 2002 jan; 4(2):27-35)

Nesse mesmo sentido o Caderno de Atenção Básica publicado pelo Ministério da Saúde, também relata que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (Eyken EBBDV, 2009 jan).

Nos dias de hoje uma pessoa que vive em uma sociedade pós-industrial tem uma possibilidade de um terço de estar infectado por uma enfermidade cardiovascular e um quarto de morrer por causa dela. A prevalência da mesma varia

em todo o mundo sendo menor em áreas rurais da Índia, por exemplo, com um percentual de 3% em homens e 7% em mulheres. É bem maior na Polônia com um percentual de 69% em homens e 73% em mulheres. Na população urbana adulta brasileira, a hipertensão arterial apresenta prevalência de 22% a 44% resultando em complicações, principalmente cardiovasculares, gerando gastos elevados com internações e tratamentos especializados.

Segundo o 7º Comitê Nacional em Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Pressão Arterial Alta, indivíduos com PA sistólica (PAS) de 120 a 139 mmHg ou PA diastólica (PAD) de 80 a 89mmHg devem ser identificados como pré-hipertensos e requerem modificações que promovam saúde no estilo de vida para prevenir a progressão para hipertensão e DCV. Quando não tratada, a hipertensão pode causar sérios problemas como doença coronária, enfarte, doença congestiva do coração, doença renal, doença vascular periférica e doenças cerebrais, contribuindo assim para o aumento da taxa de morbidade e mortalidade no mundo inteiro. Aproximadamente 20-30% dos brasileiros têm PA acima do nível recomendado, e suas consequências são responsáveis por 40% das aposentadorias precoces. (R. Bonita, 1996)

Faz-se oportuno colocar que segundo Almeida et al., a adesão a regimes terapêuticos tem sido definida como a extensão na qual o comportamento de uma pessoa coincide com as recomendações do médico, farmacêutico ou qualquer outro profissional de saúde. Assim a adesão implica comportamentos tais como tomar medicamentos, seguir dietas ou executar mudanças de hábitos de vida etc. No entanto, a baixa adesão é a principal causa do controle inadequada ou insuficiente da pressão arterial. Barbosa e Lima mostram que dos pacientes que não têm adequado controle da pressão arterial, aproximadamente 50% não adere ao medicamento recomendado pelo médico. As dietas adequadas formam parte primordial das condutas não medicamentosas de prevenção e tratamento da hipertensão arterial (HA). Segundo diretrizes nacionais e internacionais, todos os pacientes hipertensos devem fazer dieta hipossódica e mudanças no estilo de vida como forma isolada ou complementar ao tratamento medicamentoso. (Almeida Et. Al. World Health Organization, 2006).

No Brasil a Hipertensão Arterial Sistêmica é atualmente um dos problemas mais comuns de saúde básica, além de ser associado a doenças degenerativas. De acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde) o Brasil consta com 23% da população de Hipertensos, de acordo com o último censo em 2014 destes somente a metade 12% tem um controle restrito na ingestão de sódio e na alimentação geral.

“O sódio é essencial para que o corpo funcione corretamente, ajudando a manter o equilíbrio dos fluídos, auxiliando na transmissão de impulsos nervosos e influenciando a contração e o relaxamento dos músculos, Porém excesso do sódio só é controverso quando se trata de Hipertensão Arterial, o sódio não é totalmente eliminado pelos rins, neste caso faz com que o corpo retenha líquidos, aumentando seu volume o que pode desencadear o aumento da pressão arterial e resultar na falência congestiva do coração, gerando falência dos rins, enfarto e graves acidentes vasculares cerebrais”, afirma Carla Mariano, nutricionista do Hospital Metropolitano, de São Paulo. Não somente o Sal de mesa deve ser restringido há outros vários alimentos que também são ricos em sódio e devem ter suas quantidades reduzidas como, por exemplo, os congelados, macarrão instantâneos, sopas, embutidos, como a salsicha, o presunto, a mortadela e os refrigerantes(Dr. Gilberto Sanvitto, 2001-2016).

O DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) significa: Abordagem dietética para parar a hipertensão, consiste em uma dieta rica em Potássio, legumes, verduras e frutas.

Segundo especialistas em nutrição, o sucesso da DASH se deve justamente à simplicidade e à ausência de regras restritivas.

"Não há nada de radical nesse cardápio. Pelo contrário, ele sugere os alimentos que sempre são recomendados e nenhum grupo é considerado fora dos limites", garante Ângela Haupt, editora da US News & World Report.

Baseando-se em todas as evidências e os problemas relacionados a essa doença a The National Heart, Lung and Blood Institute (Instituto Nacional do Coração, Pulmão e Sangue) -(NHLBI) nos Estados Unidos, desenvolveu um estudo para diminuição da Pressão Arterial não medicamentosa, na qual consiste reduzir em 14% o índice de desenvolvimento de Hipertensão para os pacientes que não apresentam a mesma.

Sendo implantando nos acompanhamentos clínicos aos pacientes crônicos vem trazendo resultados favoráveis e significativos na clínica médica.

A Mudança do Estilo de Vida (M.E.V) que é baseada em exercícios cardiovasculares, aumento no consumo de água quando acompanhada do D.A.S.H vem proporcionando a nossos pacientes um excelente nível pressórico e níveis lipídicos adequados fazendo com que aumente o pro médio de vidas dos mesmos. Promovendo saúde.

Faz-se ao exposto esse introito verifica-se que a Hipertensão é considerada como principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares além de outras tantas patologias e também face à constatação do significativo número de pacientes hipertensos realizada na ESF do município de Novais, interior do Estado de São Paulo é que a realização deste trabalho se justifica. Pois um projeto de intervenção que contribua, efetivamente, na redução do índice deste problema de saúde que afeta um número significativo da população (que já é reduzido) pode contribuir positivamente na saúde de toda a população além de mudanças importantes nos hábitos de vida da população.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral:

Elaborar um Projeto de Intervenção condizente com a realidade do município que tenha por objetivo aumentar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos através de uma dieta adequada ao seu problema crônico.

2.2 Objetivos Específicos:

- Conscientizar a população dos sérios riscos que a pressão arterial pode trazer à saúde;
- Elencar os benefícios da dieta adequada para pacientes hipertensos;
- Promover a saúde através do hábito alimentar e exercícios físicos;
- Reduzir a taxa de incidência de doenças e agravos não transmissíveis na população a partir da realização dos hábitos da dieta DASH;
- Estimular a população na realização de Mudança do estilo de vida;
- Diminuir gastos com saúde curativa, tendo-se um melhor custo-benefício com saúde preventiva;

- Promover atividades educativas na comunidade, através de eventos da saúde.
- Fazer um paralelo da qualidade de vida de pacientes após aderirem a um programa de dieta e antes.

3. MÉTODO

Para a elaboração da proposta do Projeto de Intervenção serão executadas quatro etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura, elaboração do plano de intervenção; e, execução do plano de intervenção. O cenário do estudo é a cidade de Novais, no interior do Estado de São Paulo. O distrito de Novais foi criado em 18 de dezembro de 1924 com o nome de Vila Novais, em terras do município de Jaboticabal. Tem uma pequena população de 4.592 habitantes, conforme dados extraídos do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) do ano de 2010. Município com população em sua maioria de baixa renda e nível cultural baixo. Conhecida como cidade de imigrantes, pois na região o que predomina é a cultura da cana de açúcar, chamando atenção pelo trabalho no corte.

3.1 Local:

Estratégia de Saúde da Família (ESF) locada no Centro de Saúde do Município de Novais.

A população do município é de aproximadamente 4.592 (quatro mil quinhentos e noventa e dois) habitantes (IBGE/2010). Esses munícipes encontram-se devidamente cadastrados em seu território no sistema de informatização do Centro de Saúde juntamente com a ESF, com suas microáreas e equipes.

3.2 Públicos alvo: Pacientes hipertensos

Em um primeiro momento o projeto de intervenção terá como público alvo a pacientes hipertensos descompensados, que previamente será cadastrada. As reuniões serão desenvolvidas na sede do galpão da Terceira Idade.

3.3 Participantes:

Participarão desse projeto de intervenção toda a equipe profissional da ESF, médicos com informações técnicas, enfermeiras com instruções básicas, técnicas de enfermagem com controles pressóricos e anotações e os Acs de ambas equipes da nossa unidade colaboram com o rastreio e divulgação do nossos encontros.

A primeira reunião deste projeto participara das intervenções um total de vinte hipertensos, adultos ou idosos, de ambos os sexos que são considerados hipertensos descompensados. Inicialmente é de extrema importância trabalhar com um grupo menor para facilitar a estratégia e o melhor aprendizado de cada participante. Posteriormente aos outros novos pacientes serão beneficiados com o projeto.

Convidaremos os gestores e profissionais da área para uma reunião com a finalidade de convencê-los sobre a necessidade desta intervenção para a localidade acima citada. Inicialmente faremos uma entrevista individual durante as consultas de enfermagem de acordo com o cronograma mensal de atendimento aos hipertensos, nas quartas-feiras, no turno da tarde. Com objetivo de selecionar os pacientes/participantes.

Com isso as reuniões educativas desenvolvidas neste projeto irão proporcionar a promoção e a prevenção dos hábitos saudáveis, prevenindo ou minimizando internações, evitando assim gastos com a saúde pública, reduzindo a morbi-mortalidade e, por consequência o aumento da expectativa de vida.

Os encontros ocorrerão nos meses de Julho e Agosto do ano de 2016 onde serão realizadas semanalmente e cada uma terá duração de sessenta minutos. Os temas abordados serão específicos sobre assuntos relacionados: Dieta equilibrada restrita de sódio, mudança do estilo de vida, explanando a hipertensão através de aulas expositivas direcionadas a administração correta de medicamentos, ou seja tomadas de medicamentos no horário e dosagem correta, higiene oral e corporal, cuidados com os pés, aferição da pressão arterial diariamente ou quando possível, ilustração de pacientes com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), DM; utilizando filmes e DVDs, espaço e ambiente adequado para atividades físicas, equipe Saúde da Família e equipe multiprofissional acima relacionados favorecendo uma melhor qualidade de vida.

O monitoramento do projeto acontecerá através de relatórios diários, constando informações como: atividade realizada, assinatura dos participantes, pressão arterial, frequência cardíaca, peso, materiais utilizados e profissionais envolvidos na atividade. As avaliações de processo terão como objetivo produzir conhecimento para uso local do que está sendo oferecido à população. Esse tipo de

informação será muito útil como retroalimentação do programa/intervenção, permitindo sua adaptação às necessidades da comunidade e, conseqüentemente, tornando mais provável o alcance dos resultados planejados. A avaliação será feita através das mensurações, realizadas durante os encontros, que periodicamente serão colocadas em gráficos para verificação da eficácia do projeto através do acompanhamento para o alcance dos objetivos propostos.

4. RESULTADOS ESPERADOS

Fazer com que a população de forma geral reflita sobre o tema hipertensão e com a identificação da sensibilização das informações adquiridas através: do autocuidado, mudança das dietas, qualidade dos alimentos e quantidade corretas, administração dos medicamentos prescritos sobre orientação médica na hora e na dosagem certa, e permanente acompanhamento do projeto de intervenção, da execução das ações, da avaliação dos resultados e aperfeiçoamento das estratégias adotadas quando necessária. Espera-se ainda através de encontros realizados, melhorar os níveis de adesão do hipertenso no planejamento de seu tratamento, dando-lhes mais responsabilidade, o que possivelmente aumente seu cumprimento correto, a participação ativa no tratamento e a realização de mudanças no estilo de vida.

Além disso, espera-se também que todos os profissionais da equipe multidisciplinar valorizem mais as dietas como eixo norteador de seus atendimentos e evidenciem com mais praticidade os maus hábitos diários.

5. Cronograma

ATIVIDADES	NOV. 2016	DEZ. 2016	JAN. 2017	FEV. 2017	MAR. 2017
REVISAO BIBLIOGRAFICA	X	X	X	X	X
TREINAMENTO DE EQUIPE	X				
IMPLANTACAO DAS AÇOES		X	X		
MONITORAMENTO E AJUSTES	X	X	X		
ANALISE DE DADOS	X	X	X	X	
APRESENTACAO DOS RESULTADOS					X
ACOMPANHAMENTO DO PROJETO	X	X	X	X	X

6. REFERÊNCIAS

Flavio A. **OMS** <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf> Acesso em 16 setembro 2016.

Simão M, Nogueira MS, Hayashida M, Cesarino EJ. **Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista.** Rev Eletrônica de Enfermagem. 2002 jan; 4(2):27-35.

Silva JEF, Giorgetti KS, Colosio RC. **Obesidade e Sedentarismo como fatores de risco para Doenças Cardiovasculares em crianças e adolescentes de Escolas Públicas de Maringá, PR.** Rev. Saúde e Pesquisa. 2009 jan; 2(1):41-51.

Eyken EBBDV, Moraes CL. **Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil.** Cad. Saúde Pública. 2009 jan; 25(1):111-123.

Boing AC, Boing AF. **Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde.** Rev Bras Hipertens. 2007 mar; 14(2):84-88.

AlmeidaEtal. World Health Organization, 2006, **Adesão a dieta como medida terapêutica.**

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43541/5/9788572888394_por.pdf>

Mousinho PLM, Moura MÊS. **Hipertensão arterial: fatores relacionados à adesão do cliente com hipertensão arterial ao tratamento medicamentoso.** Saúde Coletiva. 2008 abr; 5(25): 212-216.

Dr Gilberto Sanvitto, 2001-2016 **Redução de sódio,**
<https://www.abcdasaude.com.br/nutricao/sal-necessario-mas-na-medida-certa>

The DASH Diet Eating Plan < <http://dashdiet.org/default.asp>> access on 17 Sept. 2016.

Pedrosa RP, Drager LF. **Hipertensão arterial sistêmica.** RBM. 2008 dez; 65(12):74-84.

Funches, FD. **Tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica: considerações para a prática clínica.** Rev Bras hipertens. 2002 jan-mar; 9(1):54-58.

Barbosa RGB, Lima NKC. **Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no Mundo.** Rev Bras Hipertens. 2006 mar; 13(1):35-58.

Bossay D e colaboradores. **Fatores associados à não adesão ao tratamento da hipertensão arterial.** Ensaio e Ciência. 2006 mar; 10(3):73-82.