ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Simone Perazzoli

RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA PACIENTES HIPERTENSOS

PORTO ALEGRE/ RS
2017

Simone Perazzoli

RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA PACIENTES HIPERTENSOS

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado ao Programa de Valorização da Atenção Básica da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

PORTO ALEGRE/RS

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....04

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....06

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....11

4 VISITA DOMICILIAR.....13

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA.....16

6 REFERÊNCIAS.....18

7 ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....20

8 OUTROS ANEXOS.....41

1 INTRODUÇÃO

Me chamo Simone Perazzoli, tenho 30 anos, nasci na cidade de Frederico Westphalen - RS, onde morei até meus 13 anos. Meus pais são empresários e decidiram mudar-se para Porto Alegre - RS em abril de 1999. Sou a filha mais nova e tenho dois irmãos.

Em 2009 me mudei para Pelotas para iniciar minha graduação na Universidade Católica de Pelotas. Conclui o curso em dezembro de 2014. Após a formatura retornei para Porto Alegre e comecei a fazer plantões em unidades de pronto atendimentos na região metropolitana.

Iniciei o PROVAB em maio/2016, na Estratégia de Saúde e da Família Sans Souci, localizada no município de Eldorado do Sul- RS. O município possui 38.199 habitantes segundo a estimativa do IBGE para este ano de 2016. Apresenta seis unidades de saúde, sendo que duas são estratégias de saúde da família. A ESF localiza-se no bairro Sans Souci o qual fica um pouco distante do centro da cidade. As ruas do local são todas asfaltadas, possui saneamento básico e energia elétrica. No bairro a população tem acesso a escolas, creches, mercados, farmácia e algumas lojas que fazem parte do comércio local. Para a área de lazer tem duas amplas praças e um espaço às margens do lago Guaíba.

A ESF Sans Souci é composta, atualmente, por duas médicas (uma do PROVAB e uma do projeto Mais Médicos), uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, 8 agentes comunitários de saúde, uma recepcionista, um dentista e uma auxiliar de limpeza. Acompanhamos na unidade 5134 pessoas, sendo que a maior parte dessa população é a idosa e necessita de cuidado continuado devido a alta prevalência de doenças crônicas, principalmente hipertensão arterial sistêmica.

No município temos uma unidade de pronto atendimento, com estrutura bastante precária para atender as necessidades da população. Casos mais graves e urgentes precisam ser transferidos para Porto Alegre para que possam ser resolvidos. Temos apoio de um único laboratório em Eldorado do Sul, mas nesse local não são realizados exames de urgência devido a falta de repasse de verba. As gestantes acabam tendo o pré - natal prejudicado devido

a demora dos exames laboratoriais. Além disso, exames de alto custo não estão mais sendo pagos pelo município tornando a atenção básica ineficiente. Contamos com apoio do serviço de ginecologia, saúde mental e pediatria.

O atendimento odontológico também não funciona regularmente, pois não tem autoclave suficiente no município para todas as unidades de saúde. Muitas vezes os atendimentos são cancelados pela falta de material estéril.

A enfermeira nos auxilia nos atendimentos de puericultura, pré - natal e nos atendimentos a demanda espontânea. Há bastante procura para realização de testes rápidos.

O elevado número de hipertensos (674 pacientes) sem controle adequado da pressão arterial justifica a realização deste projeto de intervenção. Muitos pacientes mesmo com boa adesão ao tratamento farmacológico e com dose otimizada da(s) medicação(ões) não possuem um controle arterial adequado devido aos hábitos de vida não saudáveis. Uma dieta equilibrada previne riscos cardiovasculares e auxilia no controle pressórico. Dessa forma, como objetivos específicos de PI, seriam identificados os pacientes com HAS sem controle adequado, após separados em dois grupos distintos (hipertensos obesos X hipertensos não obesos) e, após essa definição, realizariam acompanhamento individual a cada 3 meses.

O município não possui serviço de nutrição e dessa forma se faz pertinente este projeto de intervenção que se encontra na íntegra aos anexos deste portfólio.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Tupinamba, 63 anos, nascido em 03 de outubro de 1954, branco, casado com dona Maria Emilia há 40 anos, pai de 3 filhas, Ana (35 anos), Luciane (30 anos) e Juliane (15 anos). Relata ter ensino fundamental incompleto (estudou até 5ª série). Trabalha como pedreiro. Tem casa própria e mora no bairro Sans Souci com a esposa e com a filha mais nova.

Seu Tupinamba chega a ESF 30 minutos antes do horário agendado. A técnica de enfermagem realiza a triagem e orienta que aguarde meu chamado.

Durante a anamnese relata que há 3 anos não consulta na unidade e que veio à consulta devido a insistência de sua esposa e por orientação da ACS Cláudia. Diz que elas estão preocupadas com a sua perda de peso de 5kg em um mês. Nega ter realizado dieta e afirma que continua com sua alimentação habitual, rica em carboidratos e carne vermelha. Paciente assintomático no momento e diz que acha "bobagem" vim ao médico sem estar doente. Nega etilismo. Tabagista desde os 40 anos, fuma 1 maço de cigarro por dia. Não realiza atividade física. A mãe era diabética e o pai era hipertenso e diz que os dois morreram de "velhos".

Ao exame físico:

BEG, corado, eupnéico

PA: 150/100 mmHg

Peso: 63kg (peso anterior: 70kg)

Altura: 1,68

IMC: 22,32

Circunferência abdominal: 88 cm

AC: ritmo regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros;

AP: murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios;

Abdome: RHA+, sem dor a palpação, ausência de visceromegalias;

Membros inferiores: ausência de edema, pulsos pediosos e tibial posterior palpáveis e simétricos, sem alteração da sensibilidade.

Após a avaliação, traçou-se o plano terapêutico em conjunto com a paciente:

1. Solicito exames de sangue e ECG;

2. Solicito controle da PA duas vezes por semana durante 15 dias e controle de peso;

3. Oriento dieta;

4. Oriento redução de carga tabágica, com plano de cessar tabagismo;

5. Agendo retorno em 15 dias. Reforço a importância de seguir o plano terapêutico.

Após 15 dias o paciente retorna a unidade, acompanhado por Dona Maria Emília, com o controle pressórico anotado na caderneta de hipertenso. Relata que já conseguiu reduzir a quantidade de cigarros para 15 por dia. Diz estar consciente que precisa se cuidar mais e que vai seguir todas as minhas orientações. Está aguardando o resultado dos exames.

Verifica-se que nas medidas o paciente mantém níveis pressóricos acima de 150x80 mmHg e menor que 160x100 mmHg o que caracteriza hipertensão estágio 1 (VI Diretriz Brasileira). O peso manteve-se inalterado.

Informo ao paciente o diagnóstico de hipertensão e inicio captopril 25mg 1cp pela manhã. Oriento manter controle de PA e reforço importância de aderir ao tratamento. Elogio redução de carga tabágica e incentivo a cessação do tabagismo.

Após 40 dias paciente retorna com os exames e diz estar feliz por ter conseguido parar de fumar. Nega sintomas de abstinência. Controle de PA mantendo- se abaixo de 150/90 mmHg.

Exames:

1. Hemograma sem alterações

2. Glicemia de jejum 138 mg/dl

3. Colesterol total de 176 mg/dL

4. HDL de 43 mg/dL

5. Triglicerídeos 188 mg/dL

6. LDL 99 mg/dL

7. Creatinina sérica 1 mg/dL - TFG 79,7

8. EQU sem alterações

9. Potássio 3,5 mEq/L

10. ECG sem alterações.

Após analisar os exames, explico ao Seu Tupinambá que a glicemia de jejum deu alterada e que será necessário repetir para confirmar diagnóstico de diabetes e que provavelmente sua redução de peso está associada a patologia. Informo que os triglicerídeos estão acima da meta recomendada e que precisa mudar hábitos alimentares. Paciente diz que já está seguindo minhas orientações sobre a alimentação e que está fazendo caminhadas 3 vezes por semana. Solicito nova GJ. Retorna com resultado de 142 mg/dl. Explico que suspeita de diabetes foi confirmada e inicio metformina 500mg/dia. Risco cardiovascular: 36,8% Encaminho paciente para oftalmologista.

No caso relatado acima evidenciamos a associação de doenças crônicas, bastante prevalentes na população, associadas ao tabagismo. A associação tanto do diabetes quanto do tabagismo aumentam o risco de complicações e por isso é importante que seja realizado o acompanhamento desses pacientes e mantenha-se o controle adequado da PA e GJ.

No seguimento de pacientes com diagnóstico de HAS, um mês após o início do tratamento, deve-se verificar, em consulta médica, se o usuário atingiu a meta pressórica, isto é PA menor que:

- 140/90mmHg na HAS não complicada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; BRASIL, 2006) [Grau de Recomendação A];
- 130/80mmHg nos pacientes com diabetes, nefropatia, alto risco cardiovascular e prevenção secundária de AVC (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; BRASIL, 2006b) [Grau de Recomendação A];
- 130/80mmHg na nefropatia com proteinúria maior que 1g ao dia (BRASIL, 2006b) [Grau de Recomendação D].

O controle adequado da pressão demonstra benefício, com a redução de 5 mmHg na pressão diastólica ou 10mmHg na pressão sistólica, há redução aproximada de 25% no risco de desenvolver cardiopatia isquêmica e de 40% no risco de apresentar AVC.

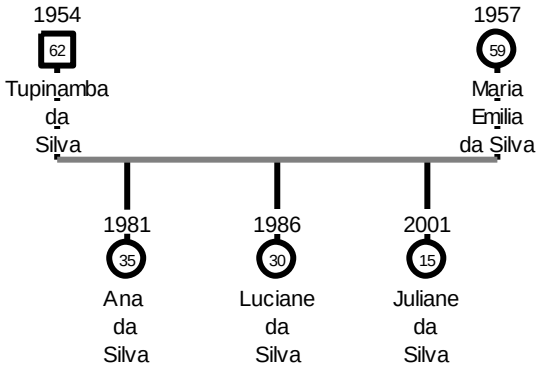
Dois ensaios clínicos randomizados clássicos (THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS RESERCH TRIAL GROUP, 1993; HOLMAN et al., 2008) mostraram que o controle glicêmico mais estrito pode prevenir complicações crônicas e mortalidade. Redução dessas complicações pode ser obtida pelo controle glicêmico intensivo (HbA1c ≤ 7,0%) e pelo manejo dos demais fatores de risco cardiovasculares (GAEDE et al., 2008; GAEDE; PEDERSEN, 2005). Maior flexibilidade é recomendada também para pessoas com diabetes tipo 2 cujo início ocorreu após 60 – 65 anos. Quando for difícil alcançar o controle glicêmico desejado, é bom considerar a potencialidade do controle de outros parâmetros, como peso e pressão arterial, ou fatores de risco, como sedentarismo e alimentação inadequada (DUNCAN, 2013; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013). A escolha da metformina como primeira opção terapêutica para tratamento de DM2 deve-se ao seu perfil de segurança em longo prazo, efeito neutro e até mesmo de redução do peso, ausência de hipoglicemias e sua capacidade de reduzir eventos macrovasculares. A metformina pode reduzir a incidência de infarto agudo do

miocárdio em 36% e mortalidade em 32% [GRADE B] (SAENZ et al., 2005; HOLMAN et al., 2008; DUNCAN, 2013). O diabetes mellitus (DM) não controlado pode provocar, a longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos epidemiológicos sustentam a hipótese de uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular. Também está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, bem como de neuropatias.

No Brasil, a prevalência de fumantes na população adulta é em torno de 16% (VIGITEL, 2007). O Instituto Nacional do Câncer (Inca) calcula que no País 200.000 mortes por ano poderiam ser evitadas se as pessoas não fumassem e seriam evitadas as complicações causadas pelo tabaco, como DPOC, câncer de pulmão, doença péptica e doenças cardiovasculares. O tabagismo aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em hipertensos e aumenta a progressão da insuficiência renal. Além disso, a cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40%.

O diagnóstico precoce e introdução da terapia medicamentosa adequada impede a progressão para as complicações causadas pelo diabetes e pela hipertensão. A abordagem ao tabagismo também é de significativa importância para a qualidade de vida desse paciente.

Genograma da família:



3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Durante o ano, nas consultas que realizava com os pacientes que acompanhavam doenças crônicas (como hipertensão, diabetes, DPOC) na ESF Sans Souci, localizada em Eldorado do Sul/ RS, percebia que um número considerável de pacientes fazia uso abusivo e indiscriminado de benzodiazepínicos (BZD). Quando abordava a indicação terapêutica dos BZDs notava que esses pacientes usavam a medicação sem orientação médica. Muitos diziam que iniciaram a terapia medicamentosa por indicação do vizinho que dizia ser um excelente remédio para dormir. Conforme aumentavam a tolerância e a dependência da medicação aumentavam a dose, por conta própria, para obter os efeitos desejados.

Outro problema que me deparei na abordagem do desmame dos BZD era a facilidade com que os pacientes tinham em adquirir as medicações. Não precisavam que fossem prescritas pelo médico de sua área adstrita, pois facilmente compravam sem prescrição ou conseguiam receita em outros locais somente alegando uso prévio ou até mesmo com parentes ou amigos.

Diante da situação exposta, comecei a realizar em todas as consultas a discussão sobre o uso excessivo de benzodiazepínicos com a finalidade de realizar o desmame dessa medicação e orientar inicialmente a higiene do sono.

Conforme a revisão de literatura realizada pela Sociedade Brasileira de Psiquiatria, estima-se que a prevalência do uso de BZD na população brasileira seja de 5,6% a 21% da população geral (Palhares, H. et al), sendo mais freqüente em mulheres e idosos. Já a taxa de dependência de BZD estimada é de 0,5% (Carlini, E.A. et al).

Benzodiazepínicos freqüentemente são utilizados para tratamento de insônia, sendo que cerca de 37% dos usuários crônicos iniciaram seu uso por apresentarem insônia. Nos consensos internacionais sobre tratamento de insônia, os BZDs não são drogas de primeira escolha. Na Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono o seu uso crônico é referido como causa

de insônia, juntamente com uso de estimulantes do sistema nervoso central. Os BZDs costumam perder o efeito sobre o sono ao longo do tempo (Palhares, H. et al), sendo ineficazes para o tratamento da insônia crônica além de levar a alterações da arquitetura do sono (Carlini, E.A. et al).

A síndrome de dependência de BZD deve ser investigada em todos os pacientes que fazem uso da medicação. Superada esta fase, a tendência é de melhora da qualidade de vida. Deve-se evitar seu uso prolongado (mais de três meses), pois isto aumenta a possibilidade de tolerância e dependência, de acordo com predisposição genética, uso de outras medicações e álcool, além de características da personalidade (Palhares, H. et al). Sempre devemos indicar como abordagem inicial da insônia a higiene do sono para evitar que os pacientes tornem-se dependentes de BZD, visto que seu uso não tem benefício comprovado. São orientações simples e que trariam benefício na qualidade de vida dos pacientes, como por exemplo, criar uma rotina de dormir e acordar sempre no mesmo horário, evitar estimulantes e fazer um relaxamento antes de dormir.

Temos uma tendência em abordar mudanças de estilo de vida relacionadas às doenças crônicas mais prevalentes e menosprezamos algumas queixas que julgamos banais que podem interferir na qualidade de vida de nossos pacientes.

A avaliação da saúde mental deve ser sempre abordada em todas as consultas para que o paciente relate suas angústias e sinta-se a vontade para contar sobre sua rotina e dessa forma estabelecemos uma relação de confiança para que o paciente não omita informações essenciais na prática médica.

4 VISITA DOMICILIAR

Na ESF Sans Souci a rotina das visitas domiciliares (VD) era organizada pela enfermeira da unidade conforme a demanda trazida pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Quando iniciei minhas atividades na ESF, em maio de 2016, a enfermeira me apresentou como seria a organização da minha agenda e dessa forma as visitas seriam sempre às terças – feiras pela manhã, junto com o ACS responsável pela área adstrita. Na ESF tínhamos mais dois médicos que realizavam as VD em outros dias da semana. Os médicos fariam visitas para acamados ou para pacientes com dificuldade de se locomover até a unidade de saúde, para seguimento de doenças crônicas ou eventos agudos que necessitassem de atendimento médico. A enfermeira realizava as VD para as puérperas e para os recém nascidos na primeira semana pós-parto para dar as orientações iniciais em relação a esse período e verificar se a situação do ambiente familiar era adequada. A avaliação de feridas e escaras ficavam sob responsabilidade da equipe de enfermagem. Os ACS realizavam busca ativa de crianças faltosas à puericultura e à vacinação e de gestantes com pré – natal inadequado (Albuquerque, A.B.B.; Bosi, M. L. M.). Eles também eram responsáveis pela divulgação de campanhas oferecidas pela ESF à comunidade.

O principal obstáculo para realização das visitas é que não tínhamos transporte exclusivo para unidade, pois também era utilizado para transporte dos pacientes para a fisioterapia e para alguns serviços da prefeitura. Devido a esse problema não tínhamos horário certo para fazer as visitas e não podíamos marcar mais de duas VD por semana. Outro problema era que o município não tinha coleta domiciliar de exames pelo SUS e isso dificultava o seguimento de alguns pacientes.

Na minha área adstrita tínhamos poucos pacientes incapacitados de se dirigir à unidade de saúde, no entanto a maior parte da população era idosa e necessitava de orientações para que o manejo de suas comodidades fosse adequado. Durante as visitas que realizei nesse ano de PROVAB, percebi que a maioria desses pacientes moravam sozinhos e não tinham auxílio de seus

familiares. Na casa de uma senhora em eu que realizava visitas com certa frequência, residiam no domicílio ela e seu marido que era responsável pelo seu cuidados administração de seus medicamentos. Contavam com auxílio de uma cuidadora durante o dia e ajuda de vizinhos em casos de urgências. O esposo tinha uma limitação funcional importante e ela tinha diagnóstico de doença de Alzheimer. Frequentemente o marido se atrapalhava em me explicar como eram administradas as medicações e se confundia quando o nome comercial da medicação, fornecida pelo município, mudava. Sempre procura orientar ele e a cuidadora a respeito das medicações para que não fossem dadas erroneamente e ajudava organizar o local onde eram armazenadas.

Percebia que os pacientes ficavam ansiosos para saber quando seria minha próxima visita e que ficavam descontentes quando as visitas não tinham a presença do médico. A maioria dos pacientes não aderiam as minhas orientações, principalmente diabéticos e hipertensos, e que dúvidas já esclarecidas eram recorrentes e dessa forma acabava abordando nas visitas sempre os mesmos temas.

Após alguns meses de rotina na unidade, sugeri que fizéssemos uma capacitação com os ACS sobre a abordagem que deveriam realizar e o que era importante ser analisado no ambiente familiar durante as visitas domiciliares (Cunha, C. L. F.; Gama, M. E. A.). Ressaltamos durante a capacitação que os ACS eram a principal ligação entre a comunidade e a equipe da ESF e com um bom vínculo com os pacientes conseguiríamos identificar situações de vulnerabilidade social com maior facilidade. Com uma melhor organização das VD poderíamos atender a população que muitas vezes ficava desassistida pela maior dificuldade de acesso ou até mesmo pelo fato de uma família receber mais visitas que a outra[1]. Também ressaltamos que as visitas realizadas por eles deveriam ser abordados prevenção de doenças e higiene pessoal e domiciliar para evitar a progressão para situações mais graves.

Numa equipe de saúde todos nós realizamos um papel importante para prevenir comorbidades, orientar sobre agravos e para intervir quando necessário. O trabalho de um membro não deve ser mais valorizado do que o outro e sim trabalharmos juntos, cada um com sua função, para poder ajudar melhor a comunidade.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante esse ano em que realizei o curso de especialização em saúde da família avalio que tive um bom aproveitamento e que pude ampliar meus conhecimentos teóricos e empregá-los na minha rotina com os pacientes.

Como médica de saúde da família percebi que precisamos conhecer bem o funcionamento do sistema de saúde vigente e entender sua evolução para que pudéssemos chegar aos dias atuais. Durante o primeiro módulo do curso também aprendi a como me organizar melhor nos atendimentos, ficar atenta nos casos que deveriam ser notificados, organizar minha agenda para melhor atender os pacientes e participar mais ativamente das reuniões de equipe.

No segundo módulo de atividades, a cada caso apresentado, identificava situações semelhantes que ocorriam em minha prática diária. Aprendi a manejar melhor meus pacientes me aproximando de sua realidade socioeconômica e cultural. Procurava fazer mudanças em suas rotinas em mais de uma consulta para que pudessem aderir as minhas orientações e não causar mais confundimento na administração de suas medicações. Com os hipertensos e diabéticos, patologias de maior incidência na minha área adscrita, procurava enfatizar o benefício de hábitos de vida saudável e que através dessas mudanças obteriam melhor controle de suas doenças e preveniriam eventos secundários.

Outro caso também abordado durante as atividades da pós foi o uso abusivo de benzodiazepínicos, situação bem freqüente na minha realidade, e que me motivou a orientar os pacientes sobre o prejuízo causado por essas medicações a longo prazo e tentar fazer sua retirada gradual.

Nas situações familiares eu não tinha experiência de como abordar alguns temas e de como intervir quando fosse necessário, no entanto através das discussões nos fóruns, realizadas no decorrer desse ano, troquei experiências com meus colegas e dessa forma pude ajudar meus pacientes.

Na rotina da ESF percebi o quanto o trabalho em equipe é fundamental para criarmos vínculo com as famílias que atendemos e dessa forma poder

auxilia- los no que necessitam. Durante as reuniões, realizadas semanalmente, procurava sempre enfatizar que o principal objetivo da atenção primária é prevenir e não só tratar doenças.

Sempre gostei do retorno que recebia dos pacientes na atenção primária, pois é muito gratificante perceber a evolução da família que acompanhamos e sua melhora na qualidade de vida. Sabemos que muitos pacientes que consultam nas ESFs necessitam de conselhos e de alguém que possa escutá-los.

Ao final desse curso, me sinto satisfeita com minha evolução profissional e pessoal. Aprendi muito com a realidade do sistema de saúde e de como podemos ajudar os pacientes diante de tantas adversidades. Hoje consigo reconhecer que o trabalho multidisciplinar é de extrema importância para melhor manejar nossos pacientes.

6 REFERÊNCIAS

Albuquerque, A.B.B. ; Bosi, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública,vol.25, nº 5, 2009.

American Diabetes Association. Standars of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care, Alexandria, v. 36, n. suppl. 1, Jan. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel-Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília, 2001.

Carlini, E.A. et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil : estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. In: Informação C-CBd, sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006., editors. São Paulo 2005.

Cunha, C. L. F.; Gama, M. E. A. <http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/A_VISITA_DOMICILIAR_NO_MBITO_DA_ATENO_PRIMRIA_EM_SADE.pdf > (acesso em 09/04/17).

Duncan, B. B. et al. Medicina Ambulatorial, Condudas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013.

Gaede, P.; Pedersen, O. Multi-targeted and aggressive treatment of patients with type 2 diabetes at high risk: what are we waiting for? Hormone and metabolic research, Germany, v. 37, n. Suppl. 1, p. 76–82, 2005.

Holman, R. R. et al. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. The New England Journal of Medicine, [S.l.], v. 359(15):1577–1589, 2008.

Palhares, H. et al. Abuso e dependência de benzodiazepínicos. <http://diretrizes.amb.org.br/_DIRETRIZES/abuso_e_dependencia_de_benzodiazepinicos< acessado em 13/03/17.

Saenz, Antonio et al. Metformin monotherapy for type 2 diabetes mellitus. The Cochrane Library, [S.l.], v. 7, 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD002966.pub3.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Hipertensão, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 7-10, jan./mar. 2010.

The Diabetes Control and Complications Trial Research. The effect of intensive diabetes therapy on the development and progression of neuropathy. Annals of Internal Medicine, Philadelphia, v. 122, n. 8, p. 561–568, 1995.

7 ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO

Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Simone Perazzoli

RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA PACIENTES HIPERTENSOS

PORTO ALEGRE/RS
AGOSTO/2016

Resumo

Este projeto de intervenção tem o objetivo de orientar os pacientes hipertensos da Estratégia de Saúde e da Família Sans Souci quanto a nutrição adequada para manter um bom controle da pressão arterial (PA). Neste estudo orientaremos os pacientes quanto a importância da adesão a uma dieta equilibrada para prevenir os riscos cardiovasculares associados ao mau controle da PA. Além disso, temos como objetivo acompanhar e vincular esses pacientes aos profissionais de saúde da área adstrita visando um atendimento integral e longitudinal para que ocorra diminuição da morbimortalidade desta população. Utilizaremos como método de avaliação a medida da tensão arterial e o controle do índice de massa corporal.

Palavras-chave: Orientações nutricionais. Risco Cardiovascular. Hipertensão Arterial.

Sumário

1 Introdução 23

2 Problema 24

3 Justificativa 25

4 Objetivos 26

***4.1 Objetivo geral* 26**

***4.2 Objetivos específicos* 26**

5 Revisão de Literatura 27

6 Metodologia 32

6.1 Pactuação das ações.....32

6.2 Organização e gestão de serviços.....32

6.3 Execução das ações.....33

6.4 Monitoramento e avaliação.....34

7 Cronograma 35

8 Recursos necessários 36

9 Resultados esperados 37

10 Referências bibliográficas 39

Anexos 41

1. Introdução

A hipertensão arterial sistêmica é a patologia mais prevalente nesta população, sendo 674 hipertensos acompanhados nesta unidade. Muitos pacientes não possuem um controle pressórico adequado com uso de medicações anti-hipertensivas, sendo observado que este grupo de pessoas possui obesidade associada.

O estilo de vida influencia na patogenicidade e na prevalência da HAS (BRASIL, 2001; CANAAN et al., 2006). Além disso, uma dieta inadequada está associada, de forma indireta, ao aumento do risco cardiovascular (RCV) ((MIRANDA; STRUFALDI, 2012). Portanto, mudanças na alimentação possuem grande impacto para redução do níveis tensionais e da morbimortalidade cardiovascular. A perda ponderal tem se mostrado a medida não farmacológica mais efetiva para controlar a pressão arterial (CUPPARI, 2002).

Na avaliação dos pacientes hipertensos devemos orientar, como medida inicial, adesão à dieta adequada e a redução de peso naqueles que tem obesidade associada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A cada consulta é necessário reforçar as orientações sobre os benefícios da mudança dos hábitos alimentares e estimular que o paciente dê continuidade ao tratamento não medicamentoso (BRASIL, 2013). Muitos pacientes não conseguem controlar a hipertensão apenas com dieta e se faz necessário introduzir terapia medicamentosa (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008). No entanto, temos de orientar que o paciente não abandone a dieta, pois reduz a necessidade de terapia múltipla e doses elevadas de medicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os pacientes acompanhados na USF Sans Souci já estão em tratamento com fármacos, porém sem orientações quanto a mudança do estilo de vida. Por isso como medida adicional para controlar a doença iniciaremos orientações dietéticas para os pacientes obesos e não obesos.

2. Problema

Dificuldade no controle da pressão arterial em pacientes obesos na ESF Sans Souci.

3. Justificativa

Na área adstrita da Estratégia de Saúde e da Família Sans Souci possui 5134 usuários cadastrados. Nesta população estima-se que 674 sejam hipertensos (13% da população) que precisam de tratamento e acompanhamento dos profissionais da equipe de saúde. No município não temos nutricionista o que dificulta a avaliação nutricional dos pacientes com hipertensão, portanto para atenuar esse problema, iniciaremos orientações nutricionais em grupo e em consultas coletivas. As orientações nutricionais são de extrema importância para que o paciente obtenha um bom controle da pressão arterial.

4. Objetivos

4.1 Objetivo geral

Acompanhar os pacientes com hipertensão arterial sistêmica da Unidade de Sáude Sans Souci.

4.2 Objetivo específico

- Identificar os pacientes com hipertensão arterial sistêmica sem controle adequado da pressão arterial.
- Separar em grupos distintos os pacientes hipertensos obesos e pacientes hipertensos não obesos.
- Acompanhar os pacientes identificados com consultas individuais a cada 3 meses.
- Reforçar os benefícios da dieta no controle da pressão arterial e na redução dos riscos cardiovasculares.

5. Revisão de Literatura

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA ≥140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

De acordo com os valores pressóricos obtidos no consultório, podemos classificar a pressão arterial em normotensão, PA limítrofe e hipertensão arterial sistêmica (tabela 1).

Tabela 1

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).
Nota: Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Podemos dividir o tratamento da hipertensão arterial em dois tipos: tratamento não medicamentoso e abordagem multiprofissional, e o tratamento medicamentoso (VI Diretriz Brasileira de Hipertensão, 2010).

Pessoas com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos no estágio 2 (PA ≥ 160/100mmHg) beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnóstico para atingir a meta pressórica, além da mudança de estilo de vida (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008). Pessoas que não se enquadram nos critérios acima e que decidem, em conjunto com o médico, não iniciar medicação neste momento, podem adotar hábitos saudáveis para atingir a meta por um período de três a seis meses (BRASIL, 2013).

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida. O estilo de vida é claramente um dos maiores responsáveis pela patogenicidade e alta prevalência da HAS (BRASIL, 2001; CANAAN et al., 2006). Várias modificações dietéticas demonstram benefícios sobre a PA, como a redução da ingestão de sal e álcool, redução do peso e possivelmente aumento no consumo de alguns micronutrientes, como potássio e cálcio (MIRANDA; STRUFALDI, 2012).

A redução de peso é a medida não farmacológica mais efetiva para controlar a HAS e mesmo pequenas reduções têm diminuído significativamente a pressão, bem como riscos cardiovasculares graças à melhoria do perfil lipídico e da tolerância à glicose, melhorando também a resposta à terapia de drogas anti-hipertensivas (CUPPARI, 2002). A todo hipertenso com excesso de peso precisam ser oferecidas ações de cuidado para a redução do peso, pois a diminuição de 5% – 10% do peso corporal inicial já é suficiente para reduzir a PA [Grau de Recomendação A] (MULROW et al., 2002; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). É desejável atingir um Índice de Massa Corpórea (IMC) inferior a 25 kg/m2 para menores de 60 anos e inferior à 27 kg/m² para maiores de 60 anos [Grau de Recomendação A] e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres [Grau de Recomendação A] (BRASIL, 2013). A

perda de peso reduz a pressão arterial e o risco de desenvolver HAS (MOHAN; CAMPBELL, 2009; BERRY et al., 2010; HOUSTON, 2010; NKONDJOCK; BIZOME, 2010; CENTER OF DISEASE CONTROL, 2010). Estima-se que cada quilograma de peso perdido provoque redução de 1 mmHg na pressão sistólica, sem benefício sobre a pressão diastólica (AUTCOTT et al., 2009). A dificuldade está em manter a redução do peso por longo prazo.

A intervenção nutricional tem como objetivos gerais a prevenção primária e secundária da HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010) 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.

A dieta preconizada pelo estudo Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) rico em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura, tem importante impacto na redução da PA. Um alto grau de adesão a esse tipo de dieta reduziu em 14% o desenvolvimento de hipertensão. Os benefícios sobre a PA têm sido associados ao alto consumo de potássio, magnésio e cálcio nesse padrão nutricional. A dieta DASH potencializa ainda o efeito de orientações nutricionais para emagrecimento, reduzindo também biomarcadores de risco cardiovascular [Grau de recomendação I e Nível de evidência A] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A dieta mediterrânea associa-se também à redução da pressão arterial.O alto consumo de frutas e hortaliças revelou ser inversamente proporcional aos níveis tensionais, mesmo com um mais alto percentual de gordura desse estilo dietético. A substituição do excesso de carboidratos nessa dieta por gordura insaturada, especialmente monoinsaturada, induz a mais significativa redução da pressão arterial [Grau de recomendação IIa; Nível de evidência B] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Dietas vegetarianas, desde aquelas mais restritas até as que incluem ovo e leite, são inversamente associadas com a incidência de doenças cardiovasculares. Isso se explica em razão de fornecerem menor quantidade de nutrientes, como

gordura saturada e colesterol. Entretanto, essas dietas são, muitas vezes, deficientes em micronutrientes como o ferro, vitamina B12 e cálcio, sendo necessária a suplementação para atender às recomendações vigentes. As deficiências de micronutrientes, muitas vezes observada em lactovegetarianos, têm sido identificadas como fatores predisponentes à hipertensão em adultos seguidores desse estilo alimentar. Há estudos que demonstram correlação entre dieta vegetariana e menor pressão arterial, mas há outros em que essa relação não foi encontrada. Fato relevante é a observação de que os vegetarianos apresentam, em geral, menor IMC, o que, independentemente do tipo de dieta, se associa a menor pressão arterial [Grau de recomendação IIa; Nível de evidência B] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Dietas da moda e programas de emagrecimento comercialmente disponíveis, avaliados comparativamente, demonstraram baixa adesão a longo prazo. A redução significativa de peso obtida tanto com a dieta de baixo teor de gorduras quanto com a de baixo teor de carboidratos (hiperlipídica) associou-se à significativa redução da pressão arterial, concluindo-se que a perda de peso, independentemente do estilo da dieta, correlaciona-se à queda tensional. Contudo, mesmo com a capacidade de levar a perdas ponderal e pressórica, a dieta hiperlipídica promove menor vasodilatação arterial fluxo-mediada, demonstrando potencial risco vascular. Além disso, há evidências de que dietas com altos teores de gordura associam-se fortemente com maior risco de infarto do miocárdio e maior mortalidade cardiovascular, motivo pelo qual não há razões para sua recomendação [Grau de recomendação III; Nível de evidência D] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A restrição do sal na dieta causa uma pequena redução da pressão arterial e é a única medida não medicamentosa que reduz, de fato, o risco de desenvolver doença cardiovascular. A Organização Mundial de Saúde definiu como 5g de cloreto de sódio ou sal de cozinha a quantidade máxima saudável para a ingestão diária. Reduz de 2 a 8 mmHg de PAS.(VI Diretriz Brasileira de Hipertensão, 2010).

Além de mudanças no padrão alimentar é necessário realizar exercícios físicos regularmente para manutenção do controle de peso. A atividade física – grau de

recomendação I nível de evidencia A - de no mínimo 30 minutos e de 3 a 5 vezes por semana é recomendada a todo adulto. Reduz a PAS de 4 a 9 mmHg.(VI Diretriz Brasileira de Hipertensão, 2010).

Dietas ricas em potássio precisam ser incentivadas, em função do aumento dos benefícios da dieta hipossódica. O potássio induz à redução da pressão arterial, além do efeito protetor contra danos cardiovasculares e como medida auxiliar para pessoas submetidas à terapia com diuréticos. O consumo de alimentos ricos em potássio é suficiente para atender à recomendação diária desse micronutriente, não sendo necessária sua suplementação (CUPPARI, 2002).

Como regra geral, o profissional pode basear-se na recomendação do Guia Alimentar para a População Brasileira, que orienta o consumo mínimo de três porções de frutas e três de vegetais, assim como três porções de lácteos diariamente, incluindo assim alimentos ricos em potássio, magnésio e cálcio [Grau de Recomendação B] (BRASIL, 2006a; BERRY et al, 2010; SAVICA; BELLINGHIERI; KOPPLE, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; CENTER OF DISEASE CONTROL, 2010).

6. Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção, que será desenvolvido no município de Eldorado do Sul/RS. Este estudo será aplicado nos pacientes da ESF Sans Souci com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica sem controle adequado dos níveis tensionais, buscando modificar o estilo de vida desses pacientes. As ações a serem realizadas contemplam as seguintes etapas: pactuação das ações, organização e gestão do serviço, execução das ações, e monitoramento e avaliação, descritas a seguir.

6.1 Pactuação das ações

O estudo clinico intervencional será apresentado, no início do mês de setembro, à equipe completa da unidade – incluindo os médicos, a enfermeira, as técnicas de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS), na reunião semanal realizada as terças-feiras, esclarecendo as etapas do projeto e o papel de cada um dos profissionais envolvidos.

6.2 Organização e gestão de serviços

Serão incluídos no projeto pacientes com diagnóstico de HAS que já estão em uso de tratamento farmacológico e não obtiveram controle da PA.

Os ACS serão responsáveis por fazer busca ativa dos pacientes hipertensos orientando-os a procurar ESF, levando a caderneta de controle da PA (anexo 1) para que seja feita a classificação dos grupos pela equipe de enfermagem (anexo 2).

Baseada na revisão da caderneta de PA (anexo 1) pela equipe de enfermagem serão excluídos do projeto aqueles pacientes que apresentam um bom controle de TA (<140/90 em pacientes com menos de 60 anos e < 150/90 em mais de 60 anos). Então será apresentado o projeto aos demais pacientes, juntamente com a equipe de saúde

Os pacientes que aceitarem participar do projeto, serão distribuídos em dois grupos (anexo 3) e acompanhados durante 6 meses pelos médicos responsáveis

pela área adscrita. Serão realizadas reuniões em grupo mensalmente, distribuídos entre os 3 médicos, e consulta individual aos a cada 3 meses.

Cada ACS ficará responsável pela sua área adscrita e será responsável por lembrar os pacientes das reuniões em grupo e da consulta individual com o médico responsável pela área, bem como incentivar os pacientes na manutenção do controle dietético.

6.3 Execução das ações

Na primeira consulta individual com o médico, será avaliada as características individuais de cada paciente, como associação de outras comorbidades, estilo de vida, uso de bebidas alcoólicas e/ou fumo, ambiente familiar e situação financeira. Também será realizado avaliação da terapia farmacológica.

Na primeira reunião de cada grupo, será verificado PA, peso e circunferência abdominal (anexo 3). Haverá nesse dia uma palestra sobre hipertensão arterial para esclarecimento de dúvidas sobre a doença e, como tema principal, abordaremos as orientações dietéticas. Essas orientações serão baseadas nos 10 passos da alimentação saudável (anexo 4) e na revisão de literatura realizada neste projeto.

Na segunda reunião de cada grupo, será verificado, novamente, a PA, peso e a circunferência abdominal e assim sucessivamente até a última reunião. Nesta reunião reforçaremos a importância da adesão à dieta como medida fundamental para o controle de PA e na manutenção do controle de peso. Haverá espaço para dúvidas sobre que tipos de alimentos evitar durante a dieta.

Na terceira reunião de cada grupo, após feita a triagem, será abordado a prática de exercício físico e quais os exercícios mais indicados para a perda ponderal e a manutenção do controle de peso. Reforçaremos novamente a importância da manutenção da dieta para uma melhor qualidade de vida. Reservado o momento final para esclarecimento de dúvidas, compartilhamento de experiências e angústias quanto a expectativa do tratamento não-farmacológico proposto.

Na segunda consulta individual, o médico irá avaliar adesão ao tratamento farmacológico, otimizando o ajuste de dose quando houver necessidade.

Na quarta reunião de cada grupo, a PA, o peso e a circunferência abdominal serão avaliados. Faremos uma análise com os pacientes sobre quais dificuldades encontraram durante o tempo de avaliação em relação a mudança do estilo de vida. Questionaremos os pontos positivos e negativos que encontraram nessa abordagem. Após esse momento, os valores de PA, peso e IMC serão reavaliados pela equipe médica, que classificará os pacientes novamente em hipertensos com controle adequado ou não e, também em obesos e não obesos, podendo assim, ao final do projeto, comparar o controle pressórico obtido pelos paciente com as orientações nutricionais.

6.4 Monitoramento e avaliação

Ao final dos 6 meses da execução do projeto, será analisado os resultados obtidos em reunião de equipe da ESF Sans Souci para implementação das orientações nutricionais desde o momento do diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. As orientações devem ser realizadas por uma equipe multidisciplinar para que sejam avaliadas as condições sociais e culturais da população, visando manutenção do vínculo com a população adscrita. Os profissionais da atenção básica são fundamentais nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem ter sempre em foco o princípio da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão.

7. Cronograma

Quadro 1 - Cronograma

Ações	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev
Apresentação da proposta à equipe de saúde e aos pacientes selecionados	X					
Busca ativa aos pacientes hipertensos pelos ACS	X					
Classificação em hipertensos controlados ou não controlados com base na caderneta de controle da PA	X					X
Exclusão de hipertensos controlados	X					
Primeira palestra para os grupos		X				
Segunda palestra para os grupos			X			
Terceira palestra para os grupos				X		
Quarta palestra para as equipes					X	
IMC		X				X
Medidas de PA, peso e CA		X	X	X	X	
Consulta individual	X				X	
Classificação em PA controlada e não controlada	X					X
Analise dos resultados						X
Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho						X

8. Recursos necessários

Recursos Humanos

Equipe de saúde da família Sans Souci, composta por 3 médicos, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem e 8 agentes comunitários de saúde.

Recursos Materias

Computador

Impressora

Folhas A4

Canetas

Data show

Esfigmomanômetro

Estetoscópio

Fita métrica

Balança calibrada

Caderneta de controle de PA

9. Resultados esperados

Com este projeto de intervenção espera-se que a população da ESF Sans Souci obtenha um melhor controle dos níveis pressóricos. Estima-se que com cada mediada adotada se obtenha um resultado com base na tabela abaixo:

Tabela 2- algumas modificações do estilo de vida e redução aproximada da PAS

Modificação	Recomendação	Redução aproximada na PAS**
Controle de peso	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m²)	5 a 20 mmHg para cada 10 kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais que 2 g (5 g de sal/dia) = no máximo 3 colheres de café rasas de sal = 3 g + 2 g de sal dos próprios alimentos	2 a 8 mmHg
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo a 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para mulheres	2 a 4 mmHg
Exercício físico	Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes/semana, para prevenção e diariamente para tratamento	4 a 9 mmHg

* *Associar abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular.*
** *Pode haver efeito aditivo para algumas das medidas adotadas.*

Fonte: VI DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO

De acordo com os resultados das principais referências de HAS, a intervenção nutricional tem como objetivos gerais a prevenção primária e secundária da HAS (MULROW et al., 2002; BRASIL, 2006a; SAVICA; BELLINGHIERI; KOPPLE, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010) para que sejam evitadas as seqüelas cardiovasculares.

Além disso, é esperado que as mudanças no padrão alimentar causem: 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, a fim de possibilitar mudanças de hábitos sustentáveis em longo prazo e a prevenção ou retardo dos agravos vinculados aos hábitos e padrões alimentares (BRASIL, 2013).

Também é importante ressaltar que esses resultados esperados são baseados numa abordagem multidisciplinar adequada.

10. Referências

Aucott, L. et al. Long-term weight loss from lifestyle intervention benefits blood pressure?: a systematic review. Hypertension, [S. l.], v. 54, n. 4, p. 756-762, oct. 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica - Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília, 2013.

British Hypertension Society. Royal College of Physicians. Management in adults in primary care: pharmacological update. Hypertension. NICE Clinical Guideline 18. Disponível em: >https://www.nice.org.uk/guidance/cg127/resources/hypertension-in-adults-diagnosis-and-management< . Acesso em: 24 set. 2016.

Canaan, F. A. et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 87, n. 6, p. 728-734, dez. 2006.

Cuppari L. Nutrição clínica no adulto – Guia de medicina ambulatorial e hospitalar (UNIFESP/Escola Paulista de Medicina). 1 ed. São Paulo: Manole, 2002.

Miranda, R. D.; Strufaldi, M. B. Tratamento não medicamentosos: dieta DASH. In: BRANDÃO, A. A.; AMODEO, C.; FERNANDO, M. Hipertensão. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial e sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Hipertensão, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 7-10, jan./mar. 2010.

Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Universidade Federal de Minas Gerais. Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição Sudeste II. Dez passos para alimentação saudável para pessoas com HAS. Belo Horizonte: [s.n.], 2012.

8 OUTROS ANEXOS

Anexo 1: CADERNETA DE CONTROLE PA

DATA	HORA	PA

ANEXO 2:

HAS NO ALVO	
HAS FORA DO ALVO	
IMC >=30	
IMC < 30	

ANEXO 3 :

	PA	PESO	CA
OBESOS			
NÃO OBESOS			

ANEXO 4: 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. 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.
5	Alimentos industrializados como embutidos (salsicha, salame, presunto, linguiça e bife de hambúrguer), enlatados (milho, palmito, ervilha etc.), molhos (ketchup, mostarda, maionese etc.) e carnes salgadas (bacalhau, charque, carne seca e defumados) devem ser evitados, porque são ricos em gordura e sal.
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). Dê preferência a alimentos integrais como pães, cereais e massas, pois são ricos em fibras, vitaminas e minerais.
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, 201

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS