



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Iraida Aldana Tamayo

Projeto de intervenção para a educação nutricional dos
pacientes hipertensos descontrolado da Estratégia de
Saúde da Família Sagrada Família, Dois Vizinhos, PR

Florianópolis, Março de 2018

Iraida Aldana Tamayo

Projeto de intervenção para a educação nutricional dos pacientes hipertensos descontrolado da Estratégia de Saúde da Família Sagrada Família, Dois Vizinhos, PR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Rodrigo Otávio Moretti Pires
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Iraida Aldana Tamayo

Projeto de intervenção para a educação nutricional dos pacientes hipertensos descontrolado da Estratégia de Saúde da Família Sagrada Família, Dois Vizinhos, PR

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Rodrigo Otávio Moretti Pires
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

A Hipertensão Arterial é o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares. Esta doença tem alta prevalência e baixas taxas de controle em no mundo inteiro. O controle da Hipertensão Arterial deve ser uma prioridade em a Atenção Básica com o fim de prevenir a aparição de outras doenças cardiovasculares e complicações. A ampliação da acessibilidade e qualidade da rede de serviços de atenção básica à saúde nos últimos anos no Brasil configura-se como oportunidade para estimular e apoiar a inclusão das práticas de promoção da saúde nos processos de trabalho das equipes de saúde nos diferentes territórios do País. O principal objetivo do projeto é Aumentar a Educação Nutricional dos pacientes Hipertensos Descompensados em o ESF Sagrada Família e contribuir na diminuição das cifras de PA diminuendo o Peso Corporal dos pacientes asi como as cifras do Colesterol Triglicerídeos diante um regimen nutricional e acompanhamento certo destes pacientes. Este trabalho propoe um plano de intervenção a ser aplicado por o ESF com ajuda de especialistas do NASF, para abordagem dos pacientes sera feito o cadastramento dos pacientes hipertensos descompensados seguido de consultas de acompanhamento, palestras e a criação de um grupo de hipertensos descompensados e aplicar um plano de acção para cumprir os objetivos propostos. Com este projeto ou autor espera aumentar a Educação Nutricional dos pacientes Hipertensos Descompensados em o ESF Sagrada Família e também obter um controle das cifras de PA em os pacientes hipertensos descompensada diante a redução do Peso Corporal, dos níveis dos Triglicerídeos e do Colesterol e conseguir um menor índice de descompensação em nestes pacientes.

Palavras-chave: Alimentos, Dieta e Nutrição, Hipertensão, Índice de Massa Corporal

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

Em os últimos anos Brasil passou por muitos cambios com amplias transformações de políticas sociais na área de Saúde.

Já em 2006, na primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) considerava a Estratégia Saúde da Família como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no nível de Atenção Básica do sistema de saúde, voltadas à ampliação da cobertura e melhoria da qualidade do atendimento; à organização do acesso ao sistema, à integralidade do atendimento, à conscientização da população sobre as principais enfermidades locais e seus determinantes, e ao incentivo à participação da população no controle do sistema de saúde. (Junior et al. (2016))

A ampliação da acessibilidade e qualidade da rede de serviços de atenção básica à saúde nos últimos anos configura-se como oportunidade para estimular e apoiar a inclusão das práticas de promoção da saúde nos processos de trabalho das equipes de saúde nos diferentes territórios do País. Corroboram para isso outras políticas e planos desenvolvidos no âmbito do SUS, como a Política nacional de educação Popular em saúde e o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil. (Martins et al. (2014))

Existe como organização social um clube de mães que trabalha no atendimento das mães e mulheres de forma geral. Só existe como entidade representativa da comunidade e às lideranças comunitárias o Conselho Local de Saúde e Conselho da Igreja, eles trabalham de forma conjunta em aspectos como a prevenção de doenças e a promoção de Saúde dentro da comunidade.

O Barrio tem vários serviços públicos como escolas de ensino médio, fundamental e educação infantil, tem um ESF (Sagrada Família) que dá atendimento a 5000 habitantes e mais de 1000 famílias e Assistente Social que dá atendimento a 250 de essas famílias, demais o CRAS que dá assistência social e inclusão em programas sociais. Existem 5 igrejas, como um espaço de lazer, um lago (Lago Dourado) que tem um espaço para fazer exercícios aeróbicos, espaço para caminhadas, andar de bicicleta e brinquedos para os meninos.

Existem lugares de risco ambiental como diferentes partes do rio que atravessa o bairro donde tem concentração de lixo e também risco de inundações. Não tem fabricas ou outras formas de contaminação ambiental ou social.

Em este bairro não predomina a criminalidade, tem usuários de droga mais não es o mais comum. Existem personas analfabetas mas som poucas, predomina a escolaridade fundamental e media. A população tem de forma geral um nível de vida médio e alto com uma renda elevada só existem 48 famílias que recebem bolsa de família. A maioria da população trabalha em empresas como BRF e Latreite. As condições de moradia de

forma geral são boas. Um 97 % recebe rede esgoto e um 100 % rede de água

Em o Bairro Sagrada Família que recebe atendimento pela ESF Sagrada Família temos uma existência de 5000 habitantes deles 2214 são homens e 2786 são mulheres predominando o sexo feminino mas sem muita diferença entre eles. Desta população 1150 tem menos do 20 anos, 3115 entre 20 e 59 anos e 735 mais de 60 anos com um predomínio da população adulta.

Em o ano 2015 se apresentou uma prevalência de 436 hipertensos para uma taxa de 87,2 por cada 1000 habitantes e 139,9 por cada 1000 habitantes adultos da comunidade e uma incidência de 22 hipertensos para uma taxa de 4,4 por cada 1000 habitantes e 7,06 por cada 1000 habitantes adultos.

Em o caso da Diabetes Mellitus em o ano 2015 se apresentou uma prevalência de 334 diabéticos para uma taxa de 66,8 por cada 1000 habitantes e 107,2 por cada 1000 habitantes adultos da comunidade e uma incidência de 23 diabéticos para uma taxa de 4,6 por cada 1000 habitantes e 7,38 por cada 1000 habitantes adultos.

A Equipe de Saúde realiza acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos realizando consulta planejada há cada 6 meses junto com a troca de receita para garantir o atendimento e tratamento do paciente, realizasse ademais os exames complementares uma vez por ano que são indicados quando o paciente agude para agendar a consulta e são avaliados na mesma. Desta forma é garantido um acompanhamento certo do paciente. Não temos pacientes com Hanseníase ou Tuberculose.

Em o ano 2015 não aconteceu nenhum óbito em menores de 1 ano de Idade para uma Taxa de mortalidade infantil de 0 por cada 1000 nascidos vivos.

Em o ano 2015 foram atendidas 16 gestantes, elas receberam todas entre 8 e 9 consultas. Este atendimento contínuo foi muito bom para lograr 0 mortalidade materna e 0 mortalidade infantil neste ano.

A Equipe faz acompanhamento da saúde materno-infantil há 8 anos desde o ano 2008 observando um aumento do atendimento contínuo das gestantes e as crianças logrando assim uma diminuição da mortalidade infantil e materna até lograr que esta seja 0. Também existe uma diminuição do baixo peso ao nascer e um aumento da vacinação das crianças até lograr um 100% das crianças menores de 1 ano vacinadas. Todas as gestantes recebem entre 8 e 9 consultas durante a gestação e todas as crianças recebem puericulturas todos os meses até os 18 meses pela Equipe de Saúde.

As principais causas de mortes dos residentes do Bairro Sagrada Família foram a cardiopatia isquêmica, câncer, acidentes, pneumonias e acidentes vasculares encefálicos, algumas delas sequelas de hipertensão arterial descompensada e diabetes mellitus descompensada como causas secundárias das mortes.

As principais causas de internações em 2015 em pacientes idosos foram a hipertensão descompensada, diabetes mellitus descompensada, cardiopatia isquêmica, pneumonias e a Doença pulmonar obstrutiva crônica.

As queixas mais comuns que levaram a população a procurar o atendimento são Hipertensão Arterial Descompensada, Diabetes Mellitus Descompensada, Neurose Ansiosa Depressiva e a Cresce de Artrose.

A equipe programa os atendimentos de acordo a demanda esperada pelos dados de atendimento. Na segunda feira a consulta e a livre demanda todo dia, na terça feira pacientes para cuidado continuo como hipertensos, diabéticos e outras doenças crônicas na manhã e de tarde livre demanda, a quarta feira gestantes e crianças de manhana e idoso na tarde, na quinta feira cuidado continuo na manhana e livre demanda na tarde. Se precisara fazer visita domiciliar seria na tersa feira de tarde. A Equipe procura mais dias para atendimento continuo que e a primeira causa de atendimento em nossa Área de Saúde

Desejo intervir em A Educação Nutricional do Paciente Hipertenso Descompensado porque a Hipertensão Arterial e a principal causa de atendimento em o Posto de Saúde Sagrada Família em consultas planejadas e de urgência desta forma foi detectado que os pacientes não tem um conhecimento certo do regímen nutricional adequado de acordo com sua patologia o que pode contribuir a sofrer uma descompensação desta doença, sendo a nutrição adequada um dos pilares do tratamento higiênico dietético do paciente hipertenso.

O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso. A meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução da pressão arterial (Brasil et al. (2006))

Além disso e possível intervir em estes casos porque estes pacientes podem participar em diferentes atividades intervencionistas e os resultados podem ser avaliados com um controle de Pressão Arterial, Colesterol e Triglicerídeos. Também e importante que podem participar do mesmo a Nutricionista, Psicóloga, Trabalhadora Social e a enfermeira do Equipe. Em nossa unidade contamos com apoio do NAFS. A criação do NAFS foi um importante paso para avançar em questões de Atenção Primaria de Saude, logrando um mair grado de Especialização em nesta.

A Equipe de NASF/ESF, em sua atuação, deverá criar espaços de discussão para gestão do cuidado, como, por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo processo de aprendizado coletivo. Dessa maneira, o Nafsf não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às Equipes de Saúde da Família, e tem como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado que se pretende oferecer aos indivíduos e às famílias (Verdi et al. (2016))

Também e um tema fácil de trabalhar com os pacientes por diferentes métodos e

inclui vários especialistas trabalhando em conjunto, além em neste momento contamos com os especialistas e o pessoal qualificado para realizar este trabalho e está dentro de a prática e a rotina do equipe este tipo de atividade educativa.

Consideramos importante este problema porque além de ser a educação nutricional uma base do tratamento do paciente hipertenso muitas vezes só com controle nutricional certo conseguimos um adequado controle de pressão arterial o que evita complicações posteriores desta doença como infarto agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares, insuficiência renal as quais estão dentro das principais causas de óbito em os adultos no 2015.

A dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio ([BRASIL et al., 2006](#))

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Aumentar a educação nutricional dos pacientes Hipertensos Descompensados na ESF Sagrada Família.

2.2 Objetivos Específicos

Comparar os níveis dos triglicerídeos e do colesterol nos pacientes hipertensos descompensados antes e depois da educação nutricional.

Comparar as cifras da Pressão Arterial em os pacientes hipertensos descompensados antes e depois da educação nutricional.

Comparar a frequência de descompensação da pressão arterial dos pacientes que recebem a educação nutricional e os que não a recebem .

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial (HA) pode ser definida como a elevação intermitente ou sustentada da pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg ou mais, ou pressão diastólica maior que 90 mmHg, A medida da hipertensão arterial de um indivíduo é definida com base na média de duas ou mais mensurações dos valores de sua pressão arterial verificados em um ou mais encontros deste com o profissional da saúde depois de uma triagem inicial. (JUNIOR et al., 2016) Um dos componentes mais importantes no diagnóstico e no manejo da Hipertensão Arterial é a correta aferição da PA, descrita na página 11 do Caderno de Atenção Básica, n.15 (1) A Classificação da Hipertensão Arterial é baseada no Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure que classifica:

- Normal PAS
- Pré-Hipertensão PAS 120-139 ou PAD 80-89;
- Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99;
- (Estágio 2 PAS >160 ou PAD >100. (JUNIOR et al., 2016)

Uma vez que o usuário foi diagnosticado com hipertensão, o estilo de vida, o risco cardiovascular (Framingham), outras patologias e lesão em órgão-alvo devem ser identificados; O objetivo do tratamento é diminuir a morbidade e a mortalidade por Hipertensão Arterial Estamos até agora falando sobre o diagnóstico de hipertensão arterial sem complicações. Sabemos, no entanto, que nem sempre este diagnóstico é feito precocemente. Geralmente ele acontece quando já existe prejuízo das funções orgânicas, ou seja, quando algum órgão-alvo já foi atingindo. Diante disto, a educação para a saúde também é considerada uma importante ação da equipe de saúde, uma vez que auxilia a pessoa com hipertensão arterial e sua família na compreensão do significado de uma condição crônica de saúde e da necessidade de modificar hábitos e estilos de vida. Dessa maneira, os objetivos da educação em saúde são: ajudar as pessoas a descobrirem formas de estabelecer qualidade de vida e bem-estar, mesmo convivendo com uma doença crônica; contribuir para a redução da reintegração hospitalar decorrente da cronicidade da doença e minimizar as complicações provocadas pela doença crônica com o passar do tempo.

Uma das estratégias para desenvolver ações em saúde é a formação de grupos para pessoas com doença crônica, sejam terapêuticos ou de convivência. Nestes espaços, é possível compartilhar saberes e experiências, formar redes de suporte social, ampliar criativamente as formas de conviver com a doença crônica, dentre outras (JUNIOR et al., 2016) A hipertensão arterial é o principal fator de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A cada ano, ocorrem 1,6 milhões de mortes causadas por doenças

cardiovasculares na região das Américas, das quais cerca de meio milhão ocorrem em pessoas com menos de 70 anos de idade, o que é considerado morte prematura e evitável. A hipertensão afeta entre 20-40% da população adulta da região, o que significa que nas Américas cerca de 250 milhões de pessoas sofrem de pressão arterial elevada. A hipertensão pode ser prevenida ou adiada por um conjunto de intervenções preventivas, entre as quais está a redução da ingestão de sal, consumir uma dieta rica em frutas e legumes, praticar exercícios e manter um peso corporal saudável. A OPAS promove políticas e projetos de impacto sobre a saúde pública na prevenção da hipertensão por meio de políticas públicas para reduzir a ingestão de sal, promover a alimentação saudável e a atividade física e prevenir a obesidade. Ademais, promove e apoia projetos que facilitem o acesso a medicamentos essenciais para o tratamento de hipertensão e promove o desenvolvimento de recursos humanos em saúde. (OMS et al., 2016)

Globalmente, estima-se que 18% das mortes (9,4 milhões) e 162 milhões de anos de vida perdidos foram atribuídas ao aumento da pressão arterial em 2010. Cerca de 4 em cada 10 adultos com mais de 25 anos de idade tem hipertensão, e em muitos países 1 em cada 5 pessoas tem pré-hipertensão. Metade das doenças relacionada à hipertensão ocorre em pessoas com níveis mais elevados de pressão arterial, mesmo dentro da faixa normal e a hipertensão impacta desproporcionalmente países de baixa e média renda. As Nações Unidas concordaram com o objetivo de reduzir a hipertensão em 25% e o sódio na dieta em 30% até 2025. A Liga Mundial da Hipertensão trabalha com organizações nacionais, governamentais e parceiros não governamentais para ajudar a alcançar os objetivos das Nações Unidas. (OMS et al., 2016) Sua prevalência no Brasil varia entre 22,3% e 43,9%, para adultos, apresentando média de 32,5%. (JUNIOR et al., 2016) A prevalência de obesidade está aumentando de forma expressiva em todo o mundo, tanto em crianças quanto em adultos de diferentes grupos socioeconômicos, alcançando proporções epidêmicas. (PERK et al., 2012)

Dados da pesquisa nacional de saúde e exame nutricional, o National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), indicam que a prevalência de obesidade (índice de massa corporal [IMC] $> 30\text{kg}/\text{m}^2$) nos Estados Unidos, em adultos com idade entre 20-74 anos, aumentou de 15% em 1976-1980 para 35,7% em 2009-2010. (KURUKULASURIYA et al., 2011) No Brasil, segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar de 2008-2009, o excesso de peso corporal (IMC $> 25\text{ kg}/\text{m}^2$) foi detectado em cerca de metade dos homens (50,1%) e das mulheres (48%), com prevalência de 49% entre os adultos de ambos os sexos. Já a obesidade (IMC $> 30\text{ kg}/\text{m}^2$) foi observada em 14,8% do total de adultos (12,5% dos homens e 16,9% das mulheres). (IBGE et al., 2010)

Fatores de Risco O excesso de peso e, especialmente, a obesidade abdominal correlacionam-se com a maioria dos fatores de risco cardiovascular, destacando-se como importantes fatores de desencadeamento da hipertensão arterial Esta ocorrência tem sido atribuída à presença de hiperinsulinemia, a qual surge como resistência à insulina, presente em indi-

víduos obesos, principalmente naqueles que apresentam excesso de gordura na região do tronco. O Índice de Massa Corpórea (IMC) e a Circunferência Abdominal (CA) quando aumentados elevam o risco de o indivíduo vir a apresentar agravos cardiovasculares, pelo fato de que existe uma forte associação entre tais fatores de risco. (JUNIOR et al., 2016) O IMC está diretamente associado à elevação da PA e com a prevalência de hipertensão. O ganho ponderal, mesmo que modesto, aumenta de forma substancial o risco de hipertensão, enquanto que a perda ponderal reduz a PA.(APPEL et al., 2006)

Os mecanismos por meio dos quais a obesidade eleva a PA são complexos e incluem ativação do sistema renina angiotensina, aumento da atividade do sistema nervoso simpático e resistência à insulina. Além disto, a obesidade está associada ao aumento na reabsorção renal de sódio, alteração na pressão natriúrese e expansão de volume. A obesidade também pode causar alterações estruturais acentuadas nos rins que eventualmente levam a doença renal crônica e posterior aumento da PA. Outros aspectos associados à obesidade podem favorecer a hipertensão como, por exemplo, a alteração na liberação de adipocinas (ex.: ↑ leptina e ↓ adiponectina), aumento na liberação de ácidos graxos livres, disfunção endotelial, inflamação sistêmica e apneia obstrutiva do sono. (KURUKULASURIYA et al., 2011)

Controle de peso O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso. Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso. A meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução depressão arterial Independentemente do valor do IMC, a distribuição de gordura, com localização predominantemente no abdome, está frequentemente associada com resistência à insulina e elevação da pressão arterial. Assim a circunferência abdominal acima dos valores de referência é um fator preditivo de doença cardiovascular. A redução da ingestão calórica leva à perda de peso e à diminuição da pressão arterial, mecanismo explicado pela queda da insulinemia, redução da sensibilidade ao sódio e diminuição da atividade do sistema nervoso autônomo simpático.(BRASIL et al., 2006)

Controle do peso O excesso do peso e um fator de risco para a hipertensão arterial sistêmica, a dislipidemia e a doença cardiovascular. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão pode ser explicada pela presença do excesso de peso. A redução de 5 a 10% do peso corporal associa-se a melhora significativa do controle metabólico e dos níveis de PA. O objetivo é alcançar uma perda sustentada e progressiva de 0,5 a 1 kg de peso por semana. A meta é alcançar um índice de massa corporal(IMC) inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 94 cm para homens e 80 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução da pressão arterial.

Independentemente do valor do IMC, a distribuição de gordura, com localização predominantemente no abdome, esta frequentemente associada a resistência a insulina e a elevação da pressão arterial. Assim, a circunferência abdominal acima dos valores de referência e um fator preditivo de doença cardiovascular. A redução da ingestão calórica leva a perda de peso e a diminuição da pressão arterial, explicada pela queda da insulinemia, a redução da sensibilidade ao sódio e a diminuição da atividade do sistema nervoso autônomo simpático. Dietas radicais não devem ser adotadas por serem facilmente abandonadas e o retorno aos maus hábitos alimentares impede que os resultados alcançados se sustentem ao longo do tempo. Além disso, perdas súbitas e intensas de peso são prejudiciais ao metabolismo pela grande perda de massa magra e conseqüente redução do gasto energético total, o que leva possivelmente ao aumento de massa gordurosa após a dieta restritiva. (PARANA et al., 2014)

A dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (. Linhas gerais de recomendação dietética para hipertensos

- Manter o peso corporal adequado;
- Reduzir a quantidade de sal no preparo dos alimentos e retirar o sal da mesa;
- Restringir as fontes industrializadas de sal: temperos prontos, sopas, embutidos como salsicha, linguiça, salame e mortadela, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote, fast food;
- Limitar ou abolir o uso de bebidas alcoólicas;
- Dar preferência a temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, ao invés de similares industrializados;
- Substituir bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas por frutas in natura;
- Incluir, pelo menos, seis porções de frutas, legumes e verduras no plano alimentar diário, procurando variar os tipos e cores consumidos durante a semana;
- Optar por alimentos com reduzido teor de gordura e, preferencialmente, do tipo mono ou polinsaturada, presentes nas fontes de origem vegetal, exceto dendê e coco;
- Manter ingestão adequada de cálcio pelo uso de vegetais de folhas verde-escuras e produtos lácteos, de preferência, desnatados;
- Identificar formas saudáveis e prazerosas de preparo dos alimentos: assados, crus, grelhados, etc.;
- Estabelecer plano alimentar capaz de atender às exigências de uma alimentação saudável, do controle do peso corporal, das preferências pessoais e do poder aquisitivo do indivíduo e sua família. (BRASIL et al., 2006)

A principal estratégia para o tratamento não farmacológico da hipertensão arterial sistêmica e a mudança de estilo de vida, que compreende diversos fatores. As mudanças no estilo de vida estão indicadas a todos os pacientes e são eficazes em reduzir a pressão arterial, desde que realizadas adequadamente. A tabela seguinte representa a redução esperada na pressão arterial com cada uma das medidas não farmacológicas. (PARANA et al., 2014)

Algumas modificações de estilo de vida e redução aproximada da pressão arterial sistólica* Modificação Recomendação Redução aproximada na PAS** Controle do peso Manter o peso corporal na faixa normal (IMC entre 18,5 a 24,9kg/m² 5 a 20 mmHg para cada

10kg 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 três colheres de café rasas de sal = 3 g + 2 g de sal dos próprios alimentos 2 a 8 mmHg

Exercício físico Habituar-se a prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas, por, pelo menos, 30 min. por dia, três vezes na 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. Modificações no estilo de vida podem refletir no retardo do desenvolvimento da HAS em indivíduos com pressão limítrofe. Também terá um impacto favorável nos fatores de risco envolvidos no desenvolvimento ou agravamento da hipertensão Assim, devem ser indicadas indiscriminadamente. O período de tempo recomendado para as medidas de modificação no estilo de vida isoladamente em pacientes hipertensos e naqueles com comportamento limítrofe da pressão arterial, com baixo risco cardiovascular, e de, no máximo, seis meses. Caso os pacientes não estejam respondendo a essas medidas após três meses, uma nova avaliação, em seis meses, deve ser feita para confirmar o controle da PA. Se esse benefício não for confirmado, já está indicada a instituição do tratamento medicamentoso em associação (PARANA et al., 2014). Adoção de hábitos alimentares saudáveis A elaboração do plano alimentar pelo nutricionista baseia-se nos princípios da alimentação saudável, na classificação do estado nutricional, nos hábitos e nas preferências alimentares, na prática de exercícios físicos e na presença de comorbidades ou outros fatores de risco cardiovascular. (PARANA et al., 2014) A redução de sal na dieta é recomendada pela recente Cúpula das Nações Unidas para prevenir doenças não transmissíveis e pela Organização Mundial da Saúde para melhorar a saúde da população. Sal em excesso na dieta em excesso aumenta a pressão arterial, aumentando a pressão arterial em 30% é uma substância provável pró-cancerígena para câncer gástrico e também está associada com cálculos renais e osteoporose. O consumo de sal recomendado pela OMS é abaixo de 5g/dia. A hipertensão é um importante risco para a saúde nas Américas, onde entre 20-35% da população adulta tem pressão arterial elevada. (OMS et al., 2016)

Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006: Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde, com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Entre as ações voltadas à alimentação saudável para o biênio de 2006-2007, destaca-se a implementação das ações de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má-alimentação. (BRASIL et al., 2008) Nos últimos anos, têm-se observado uma mudança na orientação dos serviços de saúde, rompendo com a hegemonia do cuidado curativo centrado na atenção hospitalar e redirecionando o aten-

dimento para a atenção básica. Dessa forma, são cada vez mais valorizadas as estratégias de promoção e de prevenção em saúde, visando alcançar um grau de resolubilidade de ações para evitar o agravamento de situações mórbidas e reduzindo a evolução de agravos que possam demandar uma atenção de maior complexidade. O Sistema de Vigilância Alimentar. (SISVAN)(BRASIL et al., 2008)

4 Metodologia

A proposta sera feita para os pacientes Hipertensos Descompensados em o ESF Sagrada Família entre o dia 01\01\2018 e o dia 30\09\2018. Para abordagem dos pacientes hipertensos, a proposta inicial é a realização do cadastramento e da estratificação de risco cardiovascular de todos esses usuários. Neste estudo, para classificação dos pacientes sera utilizada a Clasificação da Hipertensão Arterial baseada no Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure e será utilizada a escala de risco de Framingham sendo a proposta para os pacientes hipertensos descompensados.

O cadastramento será feito durante a procura dos usuários hipertensos pela unidade, seja para consulta, troca de receita ou outros. Os hipertensos diagnosticados receberan a consulta mas apenas os usuários hipertensos descompensados serão cadastrados. Será utilizada uma ficha de cadastro, com preenchimento sobre dados de identificação, dados antropométricos (peso, altura, IMC e circunferência abdominal), Fatores de Risco (idade, colesterol HDL, colesterol total, níveis pressóricos, tabagismo e DM), medicações em uso, comorbidades e classificação de risco de cada paciente. Os dados de identificação e antropométricos seran preenchidos por a Enfermeira, a Técnica de enfermagem e a Agente de Saude do ESF.

A escala de Framingham sera avaliada diante a segunda consulta pela medica do posto. Os exames complementares serão solicitados diante as consultas médicas e de enfermagem em a primera e depois de 6 meses de acompanhamento. A agenda do ESF sera organizada pela enfermeira, destinando o tempo necessário às atividade do plano e, juntamente com a médica e a técnica de enfermagem, irá verificar e controlar o plano de cuidado dos pacientes. Os casos de maior complexidade serão discutidos individualmente diante as reuniões da equipe e será elaborado o plano de cuidados diferenciado quando seja necessário.

Sera criado um grupo de hipertensos com a realização de palestras informativas de forma geral e sobre a alimentação especificamente. O grupo contará com a participação dos diversos profissionais da saúde da equipe do ESF em questão e da equipe expandida, com apoio do NASF, após discussão da proposta em reuniões na unidade. Os grupos e as palestras ocorrerão preferencialmente no mesmo dia, com periodicidade inicialmente quinzenal, com possibilidade de ser mensal para que seja possível a asistencia de todos os usuários apos 3 meses de acompanhamento. A proposta é realizar abordagem multidisciplinar, possibilitar a troca de experiências e esclarecimento de dúvidas dos usuários, procurando transmitir a informação de forma acessível e dinâmica durante os encontros dos grupos e durante as palestras para lograr fazer conciente a cada paciente dos cuidados que precisa esta doença.

Tabela 1 – Cronograma das atividades propostas

Atividades propostas	Período	Responsáveis pela realização
Cadastramento hipertensos	Janeiro de 2018 a Março de 2018	ACS e técnica de enfermagem
Reunião com o ESF e o NASF	Janeiro de 2018	Enfermeira, médica,
Atualização conceitual e treinamento dos profissionais da ESF	Janeiro de 2018	Enfermeira, médica
Clasificação, Avaliação e estratificação de risco dos hipertensos.	Janeiro de 2018 a Março de 2018	Medica
Criação dos grupos de hipertensos e início das palestras informativas	Março de 2018	ESF e profissionais do NASF
Controle do acompanhamento dos pacientes,e avaliação dos dados das fichas de cadastro e de acompanhamento	Março de 2018 a Setembro de 2018	técnica de enfermagem, enfermeira, médica e ACS

5 Resultados Esperados

Com este projeto o autor espera aumentar a Educação Nutricional dos pacientes Hipertensos Descompensados em o ESF Sagrada Família e também obter um controle das cifras de PA em os pacientes hipertensos descompensada diante a redução do Peso Corporal, dos níveis dos Triglicerídeos e do Colesterol e conseguir um menor índice de descompensação em nestes pacientes. Para a realização das operações do projeto de intervenção exposto, serão necessários diversos recursos, como: Organizacionais: Os equipamentos adequados para realização da classificação de risco. A ESF possui esfigmomanômetros, estetoscópios, fitas métricas e balanças tendo a quantidade para este trabalho. É preciso também a quantidade suficiente de cópias das fichas a serem usadas para classificação e acompanhamento e o Espaço físico e equipamentos para realização dos grupos e palestras. Esses serão realizados, inicialmente, na sala de espera da ESF Sagrada família. O espaço é adequado para cerca de 20 pessoas, faltam ventiladores, computador em funcionamento e equipamentos de projeção de multimídia. Caso se proponha reuniões com grupos maiores outro espaço mais adequado deve ser disponibilizado. Econômicos: Recursos financeiros para aquisição dos recursos organizacionais necessários. Cognitivos: Capacitação dos profissionais de saúde para realização de suas tarefas no projeto de intervenção. O primeiro passo para implementação do projeto será viabilizar a disponibilização dos recursos organizacionais e econômicos frente a reunião com a Secretaria de Saúde do município. A atualização conceitual e o treinamento dos profissionais de saúde da equipe para as atividades serão realizados conjuntamente pela médica e pela enfermeira, durante as reuniões da equipe. A gerente das operações será a enfermeira, que já exerce cargo de liderança na equipe.

Referências

- APPEL, L. et al. *Dietary approaches to prevent and treat hypertension*. EEUU: A scientific statement from the American Heart Association, 2006. Citado na página 17.
- BRASIL, M. da S. et al. *Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão arterial sistêmica*. Brasília DF: Ministerio da Saude, 2006. Citado 4 vezes nas páginas 11, 12, 17 e 18.
- BRASIL, M. da S. et al. *Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN*. Brasília: Ministerio da Saude, 2008. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 20.
- IBGE, I. brasileiro de Geografia e E. et al. *Pesquisa de Orçamentos familiares 2008-2009*. Rio de Janeiro: Instituto brasileiro de Geografia e Estadística, 2010. Citado na página 16.
- JUNIOR, C. R. et al. *Especialização multiprofissional na Atenção Básica: Modalidade a distancia*. Florianópolis: Universidad Federal Santa Catarina, 2016. Citado 4 vezes nas páginas 9, 15, 16 e 17.
- KURUKULASURIYA, L. et al. *Hypertension in Obesity*. EEUU: Med Clin N Am, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- MARTINS, A. P. B. et al. *Guia Alimentar para população brasileira*. Brasília: Ministerio da Saude, 2014. Citado na página 9.
- OMS, O. M. da S. et al. Dia mundial da hipertensão 2016. *OPAS BIREME*, p. 1–1, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 19.
- PARANA, S. de estado da Saude do et al. *Linha Guia de hipertensão*. Curitiba: Superintendencia de Atenção a Saude, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.
- PERK, J. et al. *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice*. Europa: Eur Heart J, 2012. Citado na página 16.
- VERDI, M. I. M. et al. *Especialização multiprofissional na Atenção Básica: Saude e sociedade*. Florianópolis: Universidad Federal Santa Catarina, 2016. Citado na página 11.