



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

Marisol Ramos Perez

Ações educativas para o controle da hipertensão arterial  
sistêmica na Unidade Básica de Saúde Sabará, em  
Curitiba-PR

Florianópolis, Março de 2018



Marisol Ramos Perez

Ações educativas para o controle da hipertensão arterial sistêmica  
na Unidade Básica de Saúde Sabará, em Curitiba-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: Murielk Motta Lino  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018



Marisol Ramos Perez

## Ações educativas para o controle da hipertensão arterial sistêmica na Unidade Básica de Saúde Sabará, em Curitiba-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

---

**Murielk Motta Lino**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018



# Resumo

**Introdução:** Segundo o Ministério da Saúde, hipertensão arterial sistêmica 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. Está definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. **Objetivo:** este estudo tem como objetivo contribuir na prevenção e controle dos fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica. **Metodologia:** Trata-se de um projeto que visa a discussão com a população. A proposta é programar um plano de ações de educação em saúde da população em estudo com o intuito de oferecer a todos a oportunidade de tirar suas dúvidas referentes a todo o ciclo de promoção – prevenção e assim contribuir para a diminuição da incidência prevalência da Hipertensão Arterial em nossa área de convergência da UBS. **Resultados esperados:** neste trabalho logramos modificar fatores de risco, que aumentam a incidência das doenças e suas complicações, por isso é muito importante manter sempre atividades educativas de pacientes em conjunto com equipe de saúde. A importância dessa mudança será sentida a longo prazo pelo paciente que irá ganhar em qualidade de vida. O conhecimento adquirido e a maior adesão ao tratamento irão proporcionar a diminuição de problemas relacionados a sua condição patológica. O sistema de saúde local poderá também dimensionar melhores seus esforços em relação ao paciente hipertenso já que os grupos serão formados a partir de uma classificação de risco mais adequada.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde, Estudos de Intervenção, Hipertensão, Qualidade de Vida





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	13
2.1	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	13
2.2	<b>Objetivos Específicos</b> . . . . .	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	15
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	19
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	23
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	29



# 1 Introdução

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Sabará, está localizada na região do Distrito Sanitário da Cidade Industrial de Curitiba (CIC), na periferia do Município de Curitiba, capital do Estado do Paraná, na região sul do Brasil. A região é considerada a maior de Curitiba, sendo formada por 75 bairros e onde vivem 10% da população da cidade, tendo sido criada em 1973 como resultado de convênio entre o governo do Estado do Paraná e a empresa Urbanização de Curitiba (URBS). Inicialmente tratava-se uma área industrial, porém, com a migração populacional para as periferias da capital, tornou-se também zona de habitação, ainda que nem todas as áreas estejam regularizadas havendo ainda muitas áreas de ocupação ([WIKIPÉDIA, 2017](#)).

A Vila Sabará foi inaugurada no ano de 1991 e tem dois bairros: São Miguel e Corbélia. A partir dos anos de 2000 começou a trabalhar com o modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Atualmente, a UBS Sabará possui quatro Equipes de Saúde da Família (ESF) completos e uma equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) Tipo 1, integrados segundo as orientações do Ministério de Saúde (MS) do Brasil. Quase 50% das famílias são beneficiadas por algum programa social como Bolsa de Família, Cesta Básica, Família Curitibana, entre outros. No que diz respeito ao grau de instrução dos moradores da comunidade existem analfabetos, principalmente entre os idosos. A Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada do SUS e têm objetivo de oferecer assistência integral às necessidades básicas de saúde, desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de agravos. A equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que está inserida esta médica pesquisadora atende uma população de 3.774 habitantes cadastradas, distribuídos em 1.854 do sexo masculino é 1.920 do sexo feminino do total da população; destes 219 crianças, 1.378 jovens, 1.868 adultos e 309 de idosos, contemplando 1.586 famílias. No início, na área de abrangência, existiam áreas de invasão que nos últimos anos tem sido realocadas em áreas urbanizadas. Entretanto, no território da equipe existem áreas de invasão com vários pontos de tráfico de drogas ilícitas, o que configura uma área de risco importante.

A equipe de ESF está integrada por um médico especialista em medicina de família, um enfermeiro especialista em saúde da família, três auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS), ademais há uma Equipe de Saúde Bucal integrada por um cirurgião-dentista especialista em saúde da família, um auxiliar e um técnico em saúde bucal. O NASF Tipo 1 está formado por um psiquiatra, um psicólogo, um farmacêutico, um fonoaudiólogo, um nutricionista e um educador físico. Quanto ao atendimento realizado pelo profissional médico são ofertadas consultas nas áreas de clínica geral, pediatria e ginecologia. Incluem-se aqui o atendimento ao pré-natal de baixo risco, exames ginecológicos, inserção de DIU, pequenos procedimentos cirúrgicos, puericultura,

avaliação e encaminhamento para as especialidades se necessário, entre outros.

Uma das atribuições da equipe de saúde é a realização de visita domiciliar onde são realizadas ações de busca ativa, acompanhamento dos casos considerados como risco no território, quer sejam de pacientes acamados, idosos, portadores de agravos crônicos, dentre outras situações, podendo ser realizadas desde uma consulta médica, odontológica, fisioterapêutica, nutrição, educação física, psicologia, farmacêutico, de enfermagem; e procedimentos como curativos, controle de pressão arterial, entre outros. Outras atribuições são as ações de promoção e prevenção da saúde que a Unidade de Saúde deve oferecer de acordo com as necessidades locais.

Com base nos últimos meses, as queixas mais comuns que trazem as pessoas para atendimento na UBS são infecções respiratórias, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), doenças coronárias, dislipidemias e sífilis. Outros problemas de saúde são: dores articulares, afecções dermatológicas e doenças relacionadas à saúde mental, como ansiedade e depressão. Porém, o problema que chama a atenção pelas possibilidades de intervenção com baixo custo e alta efetividade é a situação da alta incidência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica na Unidade de Saúde Sabará, que leva a fazer este estudo para definir ações educativas para controle da situação.

Segundo o Ministério da Saúde, 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 diabete, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. As consequências relacionadas a doença colocam a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (BRASIL, 2013).

A hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Devem-se considerar para a definição do diagnóstico da HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas (SBH, 2010).

A população adscrita está envelhecendo e a cada ano são mais as pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial, incrementando a cada ano a taxa de prevalência de casos de hipertensão arterial. A prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, valor maior ao encontrado na população atendida pela equipe foi de 12%. A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações.

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da

população de 40 anos e mais. Esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a hipertensão arterial sistêmica é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo.

Consideramos importante investigar por ser essa uma importante ferramenta para mudança dos hábitos e estilos de vida das pessoas, da construção da autonomia dos sujeitos, por ser a hipertensão arterial um problema de saúde que causa risco e danos biológicos, emocionais e sociais à saúde das pessoas, além do aumento gradativo dos custos com o tratamento. Diante deste contexto, resolveu-se escolher este tema, pois há necessidade de se desenvolver um trabalho de conscientização, pois as pessoas portadoras dessa doença, ainda apresentam sérias dificuldades em lidar com a mesma e tais dificuldades são decorrentes de questões culturais e sociais.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto intervenção para contribuir na prevenção e controle dos fatores de risco associados a hipertensão arterial sistêmica na UBS de Sabará, município Curitiba.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil dos pacientes quanto à os fatores de risco, renda, sexo e faixa etária.
- Desenvolver ações educativas junto aos pacientes com riscos e hipertensos, considerando os fatores inerentes ao paciente.
- Promover a divulgação de uma dieta saudável e a prática de atividades físicas em pacientes hipertensos.





### 3 Revisão da Literatura

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação continuada dos níveis pressóricos para valores  $\geq 140$  e/ou  $\geq 90$  mmHg. Frequentemente o quadro se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melitus (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (MVB. et al., 2016) (CARDIOLOGIA HIPERTENSÃO et al., 2010).

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. Na maior parte dos casos é assintomática, o que dificulta o diagnóstico e tratamento. Um estudo brasileiro apontou que 50,8% de indivíduos adultos sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham pressão arterial controlada (menor que 140/90 mmHg). Diante disso, a medida da pressão arterial é importante para o diagnóstico da hipertensão arterial, assim como para avaliação do sucesso do tratamento em reduzir a pressão a níveis considerados normais (PICCINI et al., 2011) (BARRETO; REINERS; MARCON, 2014) .

A pressão arterial pode ser visualizada como um sinal, como um fator de risco para a doença cardiovascular aterosclerótica, ou como uma doença. Como um sinal porque ela monitora o estado clínico de uma pessoa e pode, por exemplo, indicar o uso excessivo de um medicamento vasoconstritor. É visualizada como fator de risco quando ela demonstra que ocorre um acúmulo acelerado de placa aterosclerótica na íntima das artérias. E quando é vista como doença é porque tem papel decisivo na morte por doença cardíaca, renal e vascular periférica (JÚNIOR et al., 2016). Cabe destacar as seguintes características e medidas de combate referentes à hipertensão arterial (JÚNIOR et al., 2016) (MVB. et al., 2016):

- Não tem cura, mas é possível controlá-la com a adoção de uma dieta equilibrada associada à prática de atividade física e ao uso de fármacos;
- A mudança da dieta e a adoção de práticas de atividade física são indicadas como primeiras medidas terapêuticas. Tais medidas apresentam resultados positivos na fase inicial do tratamento e para os casos considerados leves;
- Suas complicações tardias poderão ser: acidente cerebrovascular, crises isquêmicas cerebrais transitórias, cegueira, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, proteinúria, edema e insuficiência renal;
- O processo de envelhecimento provoca alterações estruturais no sistema cardiovascular que contribuem para o aumento

da pressão arterial.

Após a confirmação diagnóstica da hipertensão, é necessário fazer uma estratificação de risco que levará em conta os valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo dessa enfermidade e o risco cardiovascular estimado. Dentre os fatores de risco predisponentes ao seu surgimento da hipertensão arterial encontram-se a idade, sexo, obesidade, hereditariedade e raça. Além do estresse, da ingestão de sal e calórica em excesso e de hábitos como alcoolismo e tabagismo (CARDIOLOGIA HIPERTENSÃO *et al.*, 2010). Com o consequente processo de envelhecimento a idade é um fator de risco para hipertensão arterial, há estudos que comprovam a relação entre o aumento dos níveis pressóricos e o aumento da idade, relacionado às alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos com o acúmulo dos anos. A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. A doença se manifesta em maior escala e com maior gravidade nas mulheres, principalmente após a menopausa. Os índices de morbimortalidade cardiovasculares são menores em mulheres que em homens (CARDIOLOGIA HIPERTENSÃO *et al.*, 2010). Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram domínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas. Não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil. Quanto à obesidade a hipertensão arterial é mais comum em pessoas obesas. Segundo o peso está diretamente relacionado com o nível de pressão arterial, uma vez que nos casos de obesidade há prevalência elevada desses índices. A redução de peso, por conseguinte, incide na diminuição dos níveis de tensão arterial. Sendo mais comum o aumento do risco de desenvolver doença cardíaca isquêmica (FERREIRA *et al.*, 2009).

Comidas rápidas com refeições bastante calóricas, sedentarismo, poucas atividades físicas e hábitos de passar bastante tempo em frente TV contribuem para o aumento de peso. Nos dias de hoje é necessário um trabalho educativo nas escolas na Prevenção da obesidade e do sedentarismo e quanto aos pacientes hipertensos obesos incentivar hábitos alimentares saudáveis com maior atividade física e criação de programas para redução de peso (FERREIRA *et al.*, 2009).

O sobrepeso e a obesidade constituem, atualmente, o desvio nutricional que mais aumenta no mundo, assumindo proporções de uma pandemia. Está associado aos novos estilos de vida: hábitos alimentares e sedentarismo dos tempos modernos. Conforme Rouquayrol (1999), a obesidade atinge entre 10 e 20 % da população Adulta americana e que, entre mulheres negras dos Estados Unidos, na população feminina do leste Europeu e dos países mediterrâneos, pode alcançar 40%. A obesidade, definida como índice de massa corporal igual ou superior a 30, está estreitamente relacionada com as doenças crônicas não-transmissíveis, como diabetes, a hipertensão arterial e as intercorrências cardiocirculatórias de maior gravidade, nos países ricos. Estas situações, inclusive, já assumem uma

---

participação ponderável e ascendente nos países subdesenvolvidos. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. A abordagem terapêutica da PA elevada inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, a fim de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos CV e renais. O tratamento que tem por base mudanças nos hábitos de vida (incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, perda de peso ponderal, medidas nutricionais, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros (FERREIRA et al., 2009).

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 reinternação 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 (JÚNIOR et al., 2016).

O objetivo do tratamento é diminuir a morbidade e a mortalidade por hipertensão arterial; indivíduos com PA  $\geq 160/100$  mmHg e/ou portadores de risco CV estimado alto, devem iniciar de imediato o tratamento medicamentoso associado à terapia não medicamentosa. Estudos com fármacos anti-hipertensivos, a maioria realizada com esse perfil de pacientes, demonstraram Eficácia na redução da PA e proteção cardiovascular (MVB. et al., 2016). Considerando que o portador dessa doença necessita de acompanhamento contínuo, permanente, longitudinal e precisa mudar seus hábitos de vida, o que requer orientação, acompanhamento profissional e educação continuada para a saúde, entende-se que a atenção básica tem condições de prover o acompanhamento em saúde de forma próxima, integral e contextualizada, com qualidade. Além disso, de modo ampliado, é fato que a busca da qualidade de vida destes pacientes leva a redução de custos relacionados ao sistema de saúde como um todo, reduz a mortalidade e melhora o bem estar e expectativa de vida (ARAÚJO et al., 2016).



## 4 Metodologia

O Projeto de Intervenção será desenvolvido no território de abrangência da UBS Sabará, será incluído os pacientes com Hipertensão Arterial maiores de 15 anos cadastrados. Considerando a relevância da temática abordada, foi construído um projeto de intervenção para ver como pode-se melhorar qualidade de vida de esses pacientes, através da prevenção de agravos e promoção de saúde. Um projeto de intervenção permite trocar a realidade que afeita a um grupo sociais determinado. Dessa forma este projeto terá como principal norte investigação situacional dos pacientes com Hipertensão arterial onde analisou-se quais medidas poderiam ser tomadas para minimizar a situação apresentada. A Unidade Básica de Saúde Sabará tem uma população de 15.820 pacientes de destes 3.774 são de minha área de abrangência.

Por dados estatísticos, as amostras são de 239 pacientes com hipertensão, de eles 132 homens e 107 mulheres, com idade maior de 15 anos. De esse total foi escolhido 60 pacientes grupo estudo para trabalho, representado por 30 homes e 30 mulheres.

Foi realizada uma intervenção educativa com participação comunitária no período de outubro do 2016 até outubro 2017; dirigido a definir ações educativas para prevenir, modificar e controlar os fatores de risco que incidem no descontrole dos pacientes hipertensos. Em nosso estudo trabalhamos diretamente com os pacientes hipertensos que concordaram a participar voluntariamente, pretendemos que os pacientes conheçam todo o relacionado com a doença, para que assim evitem o descontrole e complicações

Os principais problemas apresentados por os pacientes hipertenso e o abandono da medicação por falta de conhecimento da doença e riscos futuros, assim como não ter poder monetário para adquirir a medicação, não ter uma dieta saudável e obesidade, abuso de álcool, entre outros riscos

Para selecionar esta amostra, foram considerados:

- O paciente com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica;
- Que tenha cadastro na UBS e vontade de participar no estudo;
- Idade maior de 15 anos.

Na primeira etapa do trabalho, dividimos os nossos pacientes por risco, renda, sexo e faixa etária. Os fatores de risco que vão ser avaliados em meu trabalho são:

- Obesidade.
- Sedentarismo.
- Uso e abuso de álcool.

- Hábitos alimentares.
- Nível de escolaridade.

Na segunda etapa, se organizou uma ação educativa para os pacientes, iniciando com uma discussão dentro do período de planejamento pedagógico e inserindo o tema hipertensão arterial e fatores de risco associados, assim como ações para seu controle. Esse trabalho foi feito em a área de abrangência da ESF; o lugar definido para os encontros com os pacientes foi na sala de reunião do posto de saúde já que é um espaço amplo e cômodo, tia cadeiras para todos é um lugar agradável para o intercâmbio.

A capacitação promoverá uma abordagem direcionada a população referida, englobando fatores de risco inerente aos pacientes. E ações educativas para sua modificação. Simultaneamente se oferecera orientação individual por meio de consultas e em grupo, com abordagem voltada para as famílias, inclusive em domicílio, aconselhamento, exames e medicamentos utilizados. Certamente com a maior promoção da saúde o número de pacientes na UBS será ampliado.

O papel da utilização correta da medicação, com horários definidos ficará a par da enfermeira no desenvolvimento das suas ações, através de palestra e distribuição de embalagem com horários para pacientes, evitando que estes tomem medicações erradas ou em horários trocados. É de extrema importância que sejam frisados os riscos da hipertensão descompensada e do aumento da pré-disposição para infarto e acidente vascular encefálico, sendo lembrados durante os grupos e reuniões realizados com estes .

Com relação a abordagem biológica, tem-se como objetivo a distribuição gratuita, pelo município, dos medicamentos anti-hipertensivos, tendo em vista que se trata de uma população carente, onde a compra de medicação de uso contínuo torna-se difícil, e sua não utilização pode acarretar em maiores custos ao município. Esse conjunto de ações visa uma abordagem integral da HAS, permite proporcionar melhor entendimento sobre aspectos psicossociais envolvidos na questão.

Realização de um trabalho ativo nas residências em busca da conscientização do tema referido contando com o apoio psicológico de outros colegas da área. Executando assim palestras, vídeos classe para melhor divulgação e explicitação do tema a distribuição de panfletos outra ação para que as pessoas tenham em casa instrução de como controlar ou evitar a doença. A exposição de documentários e filmes também são instrumentos viáveis para que as orientações sejam validadas.

Ampliar o trabalho até as escolas também será interessante, pois é lá que se considera grande parte da população que estão em fase de se educar no contexto alimentar e nos exercícios físicos são eles que levaram para casa os conhecimentos aprendidos já que a maioria dos pais tem baixa escolaridade. A exposição do que vai mesa deve ser discutido, pois a situação socioeconômica também afetada o controle alimentícios já que os produtos industrializados são mais acessivos.

Na terceira etapa, a dieta ficará de responsabilidade da nutricionista, médico e toda equipe, sendo trabalhada de forma dinâmica e com distribuição de livro de receitas hiposódicas para facilitar o preparo dos alimentos destes usuários. Vídeos, adesivos, apoiadores da ajuda familiar. Os pacientes com hipertensão descompensada serão encaminhados para consulta individual com a nutricionista, para buscar ajustar a dieta de acordo com o paciente e condições alimentares do mesmo. O educador físico trabalhará a importância da atividade física e desenvolverá grupos de caminhada e incentivo a prática de outras atividades, como por exemplo, a hidroginástica, já realizada no município.





## 5 Resultados Esperados

Foi feita uma intervenção educativa para definir ações educativas para controle de risco e da Hipertensão Arterial Sistêmica dos pacientes da unidade de saúde Sabara. Segue dados dos resultados encontrados posteriormente a aplicação da presente proposta de intervenção, conforme apresentado nos quadros abaixo:

Podemos avaliar que antes da intervenção as maiores quantidades de pacientes são obesos de 17 homens e 10 mulheres, logo pre-obeso com 28,3% do total de grupo estudo, ficando em menor quantidades os pacientes com peso normal, já após intervenção, predominam os pacientes pre obesos representados por 26 pacientes para um 43,3% predominando as mulheres num 25%, ainda ficam 19 obesos para um 31,7%, melhorado o número de pacientes com peso normal com um 25%

O sedentarismo, junto com obesidade e hábitos alimentares inadequados aumenta a incidência de hipertensão arterial.

Em quanto à atividade física antes da intervenção predominam os inativos ressaltando a mulheres sobre os homens com 17 pacientes para um 28,3%, ficando só ativo o 20% do total estudo predominando os homens com 9 pacientes para um 15 % do total dos pacientes estudo, após intervenção, foi melhorado o nível de atividades apresentando 35 pacientes para 58,3 ativos com predominando de 20 homens para 33,3, e 25 pacientes irregularmente ativos com predomínio das mulheres 15%, eliminando os pacientes inativos

Nosso estudo chegamos na conclusão que nossa área de abrangência apresenta grão quantidades de bebedores sociais tanto homens como mulheres representado 40 pacientes do total estudo para um 66,7%, predominando as mulheres com 41,7% acima dos homens com 25 %, temos 12 alcóolicos para um 20 % do sexo masculino, e 3 pacientes com abstinência para um 5%, após intervenção apresentamos 21 pacientes não bebedores representados por mulheres, 33 bebedores sociais com predomínio de 24 homens sobre 5 mulheres, logrando

Tabela 1 – Classificações dos pacientes seguem índice de massa corporal e sexo. Posto de saúde ESF Sabará. - Antes da intervenção

Índice de massa corporal	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
Normal	4	6,7%	3	5%	7	11,7
Pré-obesidade	9	15%	17	28,3%	26	43,3%
Obesidade	17	28,3%	10	16,7%	27	45
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>50%</b>	<b>30</b>	<b>50%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Tabela 2 – Classificação dos pacientes seguem índice de massa corporal e sexo. Posto de saúde ESF Sabará. - Após intervenção

Índice de massa corporal	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
Normal	9	15%	6	10%	15	25%
Pré-obesidade	11	18,3%	15	25%	26	43,3%
Obesidade	10	16,7%	9	15%	19	31,7%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>50%</b>	<b>30</b>	<b>50%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Tabela 3 – Classificação dos pacientes seguem nível de atividades físicas e sexo. Posto de saúde Sabará. Antes da intervenção

Atividade física	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
Ativo	9	15%	3	5%	12	20%
Irregularmente ativo	6	10%	10	16,7%	16	26,7%
Inativo	15	25%	17	28,3%	32	53,3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>50%</b>	<b>30</b>	<b>50%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Tabela 4 – Classificação dos pacientes seguem nível de atividades físicas e sexo. Posto de saúde Sabará. Após intervenção

Atividade física	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
Ativo	20	33,3%	15	25%	35	58,3%
Irregularmente ativo	10	16,7%	15	25%	25	41,7%
Inativo	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>50%</b>	<b>30</b>	<b>50%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Tabela 5 – Classificação dos pacientes seguem nível alcoolismo e sexo. Posto de saúde Sabará. Antes da intervenção

alcoolismo	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
Não bebedor	0	0%	5	8,3%	5	8,3%
Bebedor social	15	25%	25	41,7%	40	66,7
alcóolico	12	20%	0	0%	12	20%
Síndrome de abstinencia	3	5%	0	0%	3	5%
<b>Total</b>	30	50%	30	50%	60	100%

Tabela 6 – Classificação dos pacientes seguem nível alcoolismo e sexo. Posto de saúde Sabará. Após intervenção

alcoolismo	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
Não bebedor	0	0%	21	35%	21	35%
Bebedor social	24	40%	9	15%	33	55%
alcóolico	4	6,7%	0	0%	4	6.7%
Síndrome de abstinencia	2	3,3%	0	0%	2	3,3%
<b>Total</b>	30	50%	30	50%	60	100%

reduzir o número de pacientes com abstinência a 2.

Como observamos nossa população estudo antes da intervenção o 100% apresenta dieta não saudável, após intervenção temos predomínio de 27 para 47% de pacientes com dieta de risco predominando as mulheres com um 25% sobre 20% de homens, logrando ter 17 pacientes com dieta saudável deles 15% mulheres

é 8% de homes.

O estudo feito, podemos avaliar que o ensino predominante e o ensino fundamental com 21 pacientes para 35 % do total do paciente estudo predominando o sexo feminino 12 pacientes para um 20 %, a menor quantidade de paciente está representado por ensino superior com 4 pacientes para um 6.7 % do total, temos 5 analfabetos de eles 3 masculinos e 2 femininos

Nossa população estudo podemos avaliar que a idade mais predominante es 60-64 anos com 12 pacientes para um 20 % de eles o 8,3% e masculino e 11,7 pertencente ao sexo masculino, além disso podemos avaliar que até 49 anos de idade temos predomínio do sexo masculino com 17 pacientes acima das femininas com 12 pacientes e acima de 50

Tabela 7 – Classificação dos pacientes seguem hábitos alimentares sexo. Posto de saúde Sabará. Antes da intervenção

Hábitos alimentares	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
Dieta saudavel	0	0%	0	0%	0	0%
Dieta risco	0	0%	0	0%	0	0%
Dieta não saudavel	30	50%	30	50%	60	100%
<b>Total</b>	30	50%	30	50%	60	100%

Tabela 8 – Classificação dos pacientes seguem hábitos alimentares sexo. Posto de saúde Sabará. Após da intervenção

Hábitos alimentares	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
Dieta saudavel	8	13,3%	9	15%	17	28,3%
Dieta risco	12	20%	15	25%	27	45%
Dieta não saudavel	10	16,7%	6	10%	16	26,7%
<b>Total</b>	30	50%	30	50%	60	100%

Tabela 9 – Classificação dos pacientes seguem nível ensino e sexo. Posto de saúde Sabará.

Nível ensino	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
Analfabeto	3	5%	2	3,3%	5	8,3%
Ensino Básico	8	13,3%	9	15%	17	28,3%
Ensino Fundamental	9	15%	12	20%	21	35%
Ensino Medio	7	11,7%	6	10%	13	21,7%
Ensino Superior	3	5%	1	1,7%	4	6,7
<b>Total</b>	30	50%	30	50%	60	100%

Tabela 10 – Classificação dos pacientes seguem Faixa Etérea e sexo. Posto de saúde Sabará.

<b>Grupo de idade</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Feminino</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
15 – 19 Anos	1	1,7%	0%	0%	1	1,7%
20 – 24 Anos	0	0%	0%	0%	0	0%
25 – 29 Anos	2	3,3%	2	3,3%	4	6,6%
30 – 34 Anos	5	8,3%	4	6,7%	9	15%
35 – 39 Anos	2	3,3%	3	5%	5	8,3%
40 – 44 Anos	3	5%	1	1,7%	4	6,7%
45 – 49 Anos	4	6,7%	2	3,3%	6	10%
50 – 54 Anos	1	1,7%	3	5%	4	6,7%
55 – 59 Anos	4	6,7%	5	8,3%	9	15%
60 – 64 Anos	5	8,3%	7	11,7%	12	20%
65 – 69 Anos	2	3,3%	1	1,7%	3	5%
70 Anos e mais	1	1,7%	2	3,3%	3	5%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>50%</b>	<b>30</b>	<b>50%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Tabela 11 – Classificação dos pacientes segum renda familiar. Posto de saúde Sabará.

<b>Renda familiar</b>	<b>Total de pacientes</b>	<b>%</b>
Renda baixa	32	53,3
Renda meia	28	46,7
Renda alta	00	00
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

anos predomina a hipertensão no sexo feminino com 18 pacientes para um 30% do total da população estudo e masculino com 13 pacientes para um 21,6

A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5 a década

Na medida em que as pessoas envelhecem, passam a ter risco aumentado para hipertensão e doenças cardiovasculares. Isso porque os vasos sanguíneos perdem a flexibilidade com o envelhecimento, o que gera a uma pressão crescente sobre o sistema cardiovascular do corpo.

Os homens são mais propensos do que as mulheres a ter pressão arterial elevada até os 45 anos. Entre as idades de 45 a 50 e 55 a 64, o risco de alta é quase o mesmo para homens e mulheres. Depois dos 64, as mulheres são muito mais propensas do que os homens a ter pressão arterial elevada.

O 32 % dos pacientes apresentam retas baixas representando o 53,3% do total ,28 renda meia para um 46,7 % e não temos ninguém com renda alta,

Quase 50% das famílias são beneficiadas por algum programa social como Bolsa de Família, Cesta Básica, Família Curitibana, o resto da população são ocupados assalariados.

Podemos avaliar que neste trabalho logramos modificar fatores de risco, que aumentam a incidência das doenças e sus complicações, por isso es muito importante manter sempre atividades educativas de pacientes em conjunto com equipe de saúde. Porque educar em saúde é uma responsabilidade de todos os profissionais, independentemente da formação, sempre há a possibilidade de contribuir para o intercâmbio de informações e a construção conjunto do saber.

A importância dessa mudança será sentida a longo prazo pelo paciente que irá a ganhar em qualidade de vida. O conhecimento adquirido e a maior adesão ao tratamento irão a proporcionar a diminuição de problemas relacionados a sua condição patológica. O sistema de saúde local poderá também dimensionar melhores seus esforços em relação ao paciente hipertenso já que os grupos serão formados a partir de uma classificação de risco mais adequada.

## Referências

- ARAÚJO, F. N. F. de et al. A efetividade das ações de controle da hipertensão arterial na atenção primária à saúde. *Rev Pesq Saúde*, v. 17, n. 2, p. 80–86, 2016. Citado na página 17.
- BARRETO, M. da S.; REINERS, A. A. O.; MARCON, S. S. *Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia*. Mandaguari, PR, Brasil: Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2014. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf)>. Acesso em: 09 Jul. 2017. Citado na página 10.
- CARDIOLOGIA HIPERTENSÃO, N. S. Sociedade Brasileira de et al. *Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade brasileira de nefrologia: Vi diretrizes brasileiras de hipertensão*. Rio De Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- FERREIRA, S. R. G. et al. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*, v. 43, n. 2, p. 98–106, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- JÚNIOR, C. R. et al. *A Assistência na Atenção Básica: Atenção integral a saúde do adulto*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina., 2016. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- MVB., M. et al. *Arquivos brasileiros de cardiologia: 7 diretriz brasileira de hipertensão*. São pablo: Sociedad Brasileira de Cardiologia ( SBC), 2016. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- PICCINI, R. X. et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 46, n. 1, p. 1–8, 2011. Citado na página 15.
- ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: medsi, 1999. Citado na página 16.
- SBH, S. B. de H. *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*. 2010. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2010, vol.95, n.1, suppl.1. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010001700001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001)>. Acesso em: 09 Jul. 2017. Citado na página 10.
- WIKIPÉDIA, C. da. *Cidade Industrial de Curitiba*. 2017. Wikipédia, a enciclopédia livre. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Especial:Citar&page=Cidade\\_Industrial\\_de\\_Curitiba&id=48867600](https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Especial:Citar&page=Cidade_Industrial_de_Curitiba&id=48867600)>. Acesso em: 09 Jul. 2017. Citado na página 9.