

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

NOME DO CURSISTA

Dra. Odalmis Tablada Rodriguez

TÍTULO DO PLANO DE INTERVENÇÃO:
INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DOS FATORES
DE RISCOS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA NO MUNICIPIO
ALTAMIRA DO MARANHÃO/ MA.

FORTALEZA

Ano 2018

NOME DO CURSISTA

Dra. Odalmis Tablada Rodriguez

TÍTULO DO PLANO DE INTERVENÇÃO:

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DOS FATORES
DE RISCO DA HIPERTENSAO ARTERIAL SISTEMICA NO MUNICIPIO
ALTAMIRA DO MARANHAO/ MA.**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof^o Francisco Roger Aguiar Cavalcante.

FORTALEZA

Ano 2018

Catálogo na fonte

SR379t Tablada Rodriguez Odalmis

Intervenção educativa para prevenção e controle dos fatores de riscos da Hipertensão Arterial Sistêmica/Francisco Roger Aguiar Cavalcante Município Altamira do Maranhão/ MA/2018

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde) Curso de Especialização, Pesquisa e Inovação em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceara, Fortaleza,2018

1.Hipertensao ,2. Educação em Saúde, 3. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

NOME DO CURSISTA Dra. Odalmis Tablada Rodriguez

TÍTULO DO PLANO DE INTERVENÇÃO:

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DOS FATORES
DE RISCO DA HIPERTENSAO ARTERIAL SISTEMICA NO MUNICIPIO
ALTAMIRA DO MARANHAO/ MA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Profº., titulação (Dr./Me.), nome.
Instituição

Profº., titulação (Dr./Me/Esp), nome.
Instituição

Profº., titulação (Dr/Me/Esp), nome.
Instituição

RESUMO

O presente estudo objetivou apresentar uma proposta de intervenção educativa para promover ações de promoção em saúde aos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica adscrito a Unidade Básica de Saúde Miguel Costa e Silva do município Altamira do Maranhão – MA. Este trabalho é um projeto de intervenção educativa na qual participaram dos 259 pacientes Hipertensos da área de abrangência, um grupo de 120 pacientes hipertensos cadastrados no Hiperdia. A partir do estudo foi possível observar os fatores de riscos apresentados em cada paciente, podendo assim, sugerir estratégias para amenizar a problemática, as intervenções serão realizadas em vários cenários, na própria USF (consultório médico, sala de grupo de hipertensos), nas residências durante as visitas domiciliares e no centro de assistência social de nossa comunidade. Para tal, foram realizadas Palestras com o grupo, buscando caracterizar os sujeitos participantes e verificar assim os conhecimentos dos pacientes sobre a doença. Os dados quantitativos foram submetidos ao tratamento estatístico descritivo, e apresentados na forma de tabelas. A intervenção foi realizada por meio de técnicas de participação dos pacientes hipertensos, alcançarem conhecimentos adequados, modificando os hábitos e estilos de vida, obtendo-se um melhor acompanhamento destes pacientes em consultas e visitas domiciliares. O trabalho em questão tem sua relevância na propagação de informações aos pacientes hipertensos na comunidade de Altamira do Maranhão. O conhecimento foi gerado graças ao desenvolvimento de ações educativas realizadas pela equipe de saúde na comunidade voltadas para promoção da saúde e a prevenção de agravos.

Palavras chaves: Promoção, Hipertensão arterial, Fatores de riscos.

RESUMEN/ ABSTRACT

The present study aimed to present a proposal for an educational intervention to promote health promotion actions for patients with systemic arterial hypertension enrolled in the Miguel Costa e Silva Basic Health Unit in the city of Altamira do Maranhão - MA. This work is an educational intervention project in which 259 hypertensive patients from the coverage area participated, a group of 120 patients enrolled in Hiperdia. Based on the study, it was possible to observe the risk factors presented in each patient, thus suggesting strategies to alleviate the problem, interventions will be performed in several scenarios, at the USF (medical office, group of hypertensive patients), in the residences during home visits and at our community welfare center. For that, lectures were given with the group, seeking to characterize the subjects and to verify the patients' knowledge about the disease. The quantitative data were submitted to descriptive statistical treatment, and presented in the form of tables. The intervention was carried out using techniques of participation of hypertensive patients, achieving adequate knowledge, modifying habits and lifestyles, obtaining a better follow-up of these patients in consultations and home visits. The work in question has its relevance in the dissemination of information to hypertensive patients in the community of Altamira do Maranhão. The knowledge was generated thanks to the development of educational actions carried out by the health team in the community focused on health promotion and disease prevention.

Keywords: Promotion, Education, High blood pressure, Risk factors.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
	
2	PROBLEMA.....	12
	
3	JUSTIFICATIVA.....	13
	
4	OBJETIVOS.....	15
	
4.1	OBJETIVO	15
	GERAL.....	
4.2	OBJETIVOS	15
	ESPECIFICOS.....	
5	REVISÃO	DE 16
	LITERATURA.....	
6	METODOLOGIA.....	24
	
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO	DOS 26
	RESULTADOS.....	
8	CRONOGRAMA.....	36
	
9	RECURSOS	37
	NECESSÁRIOS.....	
10	CONCLUSÃO.....	38
	
	REFERÊNCIAS	39
	BIBLIOGRÁFICAS.....	
	APÊNDICE.....	41
	

ANEXO..... 42
.....

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis—DCNT representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas, representam o maior custo para os sistemas de saúde de todo o mundo com grande impacto econômico para os portadores, suas famílias e a sociedade em geral dos países, especialmente os de baixa e média renda. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem apresentado um papel preponderante para a ocorrência direta ou como fator de risco quando se pensa na morbidade e mortalidade no contexto das patologias do sistema cardiocirculatório. (MIRANDA, ET AL, 2015).

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença cardiovascular, crônica, não transmissível. Ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica, constituindo um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas. O controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico, seja ele medicamentoso ou não.

A hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mm Hg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg

A Hipertensão Arterial Sistêmica tem alta prevalência e baixas taxa de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente.

Estimase que na população adulta brasileira, de 15 a 20%, são hipertensos, representando um importante problema de saúde pública. Trata-se, portanto, de importante fator de risco de morbidade e mortalidade de doenças cardiovasculares.

A Hipertensão Arterial também é uma das três principais doenças cardiovasculares responsáveis por causa de morte nas sociedades ocidentais, segundo a Organização Mundial de Saúde. (GAZZINELLI, M. F. 2005)

A preocupação com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), não é de responsabilidade exclusiva da Atenção Primária à saúde (APS), todavia as oportunidades-chaves de atenção ocorrem em nível primário de assistência à saúde, a doença hipertensiva pode se valer como um importante parâmetro na saúde da família, por ser um agravo com atenção prioritária na saúde do adulto, e por ser uma patologia específica, torna-se também um agravo que requer cuidado longitudinal, o que compreende uma ação da APS.

Os benefícios da redução da pressão arterial (PA), através de modificações no estilo de vida ou de medicamentos, demonstram-se eficazes na redução do risco cardiovascular. Níveis pressóricos cada vez menores têm sido valorizados pelo seu potencial preventivo. A meta com o tratamento da HA é atingir uma PA < 140/90 mmHg. (BRASIL, 2006).

O conhecimento acerca dos benefícios da redução da PA, através de medidas que envolvem modificações em presença de doença renal. Entretanto, as taxas de controle da PA são baixas, retratando o desconhecimento da HA, a não-adesão ao tratamento e o não-cumprimento pelos médicos das metas pressóricas recomendadas. Este cenário compromete a esperada redução de risco cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial e sugere que esforços conjuntos entre o governo e a sociedade devam ser mais efetivos para melhorar as taxas de controle

Na maioria dos casos desconhece-se a causa da hipertensão arterial. Porém vários são os fatores que podem estar associados à elevação da pressão arterial como sedentarismo, o estresse, o tabaquismo, o envelhecimento, a história familiar, a raça, o gênero, o peso e os fatores dietéticos. Apesar de consolidada a relação entre hipertensão arterial e os fatores nutricionais, ainda não são bem esclarecidos os mecanismos de atuação deste sobre a elevação da pressão arterial, são conhecidos, no entanto, os efeitos de uma dieta saudável (rica em frutas e vegetais e pobres em gorduras) sobre o comportamento dos níveis da pressão arterial.

Neste contexto da HAS, as mudanças de estilo de vida, além de reduzir as cifras pressóricas, contribuem para corrigir ou minimizar outros fatores de risco presentes, melhorando a saúde cardiovascular como um todo. O VI Joint recomenda ainda que a utilização de fármacos deva ser iniciada somente após a tentativa de controle da pressão arterial por pelo menos 6 meses através de modificação do estilo de vida, naqueles hipertensos que não necessitam de tratamento imediato. Assim, para a tomada

de decisão terapêutica, ainda de acordo com este documento, é necessário levar em consideração, além dos valores pressóricos, a presença de fatores de risco, de outras doenças associadas e de lesões de órgãos-alvo na estratificação de risco do paciente.

Estima-se que a hipertensão arterial atinja 30% da população mundial com tendência de elevação com o avançar de idade. A prevalência da hipertensão é maior em países desenvolvidos do que em países em desenvolvimento, mas a grande massa populacional em países em desenvolvimento tem contribuído de forma significativa para o número total de indivíduos hipertensos no mundo todo, estima-se que por volta de 2025, 1,5 bilhões de pessoas serão hipertensos.

A prevalência mundial estimada e da ordem de um bilhão de indivíduos hipertensos sendo que aproximadamente 7.1 milhões de óbitos por ano podem ser atribuídos a hipertensão arterial. (MOURA, E.C 2008).

O Brasil é responsável por cerca de 30% da mortalidade geral e por 1,2 milhões de hospitalizações, com um custo aproximado de 650 milhões de dólares/ano.

Estudos de base populacional realizados nos últimos 10 anos demonstram que a prevalência de hipertensão arterial, na população brasileira com 18 anos ou mais, varia de 18,9 a 36.5% dependendo do grupo estudado, da região ou da definição adotada. A etnia assim como idade, sexo, características socioeconômicas, consumo de sal, obesidade, consumo de álcool e a inatividade física, são fatores importantes de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial. Apesar de conhecidos os fatores de risco, inquéritos domiciliares recentes revelam baixos níveis (20 a 39%) de controle da pressão arterial.

O controle da HAS depende dos padrões de vida e alimentação do indivíduo (atividade física regular, redução do consumo de álcool, combate ao tabagismo, e se recomendado o uso de anti-hipertensivos). Porém, estima-se que um terço das pessoas que se tratam regularmente nos serviços de saúde mantêm seus níveis pressóricos adequados. A não adesão ao tratamento medicamentoso neste momento toma um papel preponderante para a ocorrência deste problema. Aos atores envolvidos na atenção primária (profissionais e gestores), principalmente os que estão inseridos na estratégia saúde da família, resta o desafio de atuar com precisão propondo abordagens coletivas (grupos, campanhas e outros), além de ações individuais na rotina das unidades (consultas médica, de enfermagem), acrescentando-se nesse mesmo contexto uma

atuação efetiva dos ACS nas visitas domiciliares, todo esse esforço precisa ter o foco na melhor adesão dos portadores de HAS à terapêutica prescrita. (BRASIL, 2006).

Tratamento não farmacológico da Hipertensão Arterial

No que diz respeito aos hábitos e estilo de vida, a obesidade, um padrão alimentar com excessiva ingestão de sal e o alto consumo de bebidas alcoólicas e de café, o sedentarismo, o tabagismo e o estresse podem afetar o indivíduo susceptível, aumentando os níveis de PA. Portanto, em se tratando-se de uma doença multifatorial, o tratamento da hipertensão arterial exige diferentes abordagens e o auxílio de uma equipe multiprofissional propicia maior alcance no sucesso do tratamento anti-hipertensivo e no controle dos demais fatores de risco cardiovascular.

1. Redução do peso corporal

A diminuição do peso corporal reduz a pressão arterial por diversos mecanismos, sendo os mais importantes a diminuição da sensibilidade ao sódio, da atividade do sistema nervoso simpático e da insulina plasmática. Apesar do volume de evidências que demonstram as vantagens da diminuição do peso corpóreo na abordagem terapêutica da hipertensão arterial (redução da pressão arterial pode ser observada com diminuição do peso corporal entre 5 e 10%) e da recomendação de que todos os hipertensos devem ser incluídos em programas de redução de peso e alcançar índice de massa corpórea (IMC) inferior a 25 Kg/m², além de circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, a questão é complexa, já que atingir e manter estas metas, a longo prazo, é difícil de ser conseguida.

A perda de peso e a mudança de hábitos alimentares, portanto, são condições fundamentais no tratamento da hipertensão arterial, sendo necessário um adequado controle alimentar para correção do sobrepeso/obesidade, para evitar o ganho de peso e para a redução da pressão arterial.

2. O sódio na dieta

A relação entre a ingestão de sal na dieta e a pressão arterial continua sendo mal compreendida e amplamente debatida. Sabe-se que o cloreto de sódio, quando ingerido em quantidades superiores às necessidades do organismo, está associado a maior incidência de hipertensão arterial na população.

O excesso de sódio inicialmente eleva a pressão arterial por aumento da volemia, levando a aumento do débito cardíaco. Através dos mecanismos de auto-regulação, ocorre um aumento da resistência vascular periférica. A alta ingestão de sal ativa também outros mecanismos pressores, como a vasoconstrição renal por aumento da reatividade vascular e a elevação dos inibidores de canais de sódio/potássio.

3. O papel do potássio

Em relação ao potássio, importante mineral presente nos alimentos, a situação se inverte. A suplementação deste na dieta determina a queda da pressão arterial por aumento da natriurese, diminuição da secreção de renina e norepinefrina e aumento da secreção de prostaglandinas. Em contrapartida, não é recomendada a suplementação de potássio sob a forma de medicação a menos que haja indicação formal, pois, o seu excesso pode ser nocivo ao sistema cardiovascular.

O potássio é encontrado naturalmente e em maior quantidade nas frutas, verduras e legumes, principalmente quando consumidos crus. Recomenda-se a ingestão de 2g/dia de potássio.

4. Cafeína

Os efeitos da cafeína sobre a pressão arterial são controversos. Estudos vêm demonstrando que as metilxantinas, como a cafeína, agem na musculatura lisa, em especial na vascular, de três maneiras: por ação inibitória sobre a enzima fosfodiesterase, acarretando a elevação de adenosina monofato cíclico e, por conseguinte, inibindo a saída de cálcio do retículo sarcoplasmático levando a uma vasodilatação periférica; ativando o sistema nervoso simpático por bloqueio dos receptores de adenosina A1 em nível do sistema nervoso central, levando ao aumento da resistência vascular periférica e por bloqueio dos receptores de adenosina A2 que são vasodilatadores periféricos e centrais, resultando em vasoconstrição destes sítios.

5. O uso de bebida alcoólica

A relação entre a ingestão de bebida alcoólica e a hipertensão está bem estabelecida. O uso excessivo de bebida alcoólica é considerado um importante fator de risco para hipertensão arterial e acidente vascular cerebral, podendo causar resistência à terapia anti-hipertensiva. Aumento da modulação simpática, da secreção de cortisol, ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona e disfunção endotelial são mecanismos potencialmente implicados nesses efeitos e se constituem no elo de ligação entre os efeitos do álcool e a doença cardiovascular.

É recomendado limitar a ingestão de bebida alcoólica a 30 ml/dia de etanol para homens e a metade desta quantidade para mulheres, sendo que esta quantidade para homem corresponde a 720 ml de cerveja, 240 ml de vinho e 60 ml de bebida destilada. Tal concentração de álcool não eleva a pressão arterial e tem sido associada com menor risco de doença arterial coronariana.

6. Atividade física

Os benefícios associados com a atividade física em crianças e adultos incluem controle ou diminuição de peso, redução da pressão arterial, melhora do bemestar psicológico, com melhor controle do estresse e predisposição, na criança e no jovem, a criar o hábito de manter a atividade física na idade adulta.

Pacientes com hipertensão devem iniciar programas de exercícios físicos regulares, desde que tenham realizado avaliação clínica prévia. A pressão arterial pode ser reduzida com uma atividade física moderadamente intensa, o que equivale a uma atividade física aeróbica regular de 30 a 60 minutos/dia com frequência de 3 a 6 vezes por semana. Já os exercícios físicos intensos, realizados acima de 80% da frequência cardíaca de reserva, mostram pouco efeito sobre a pressão arterial de hipertensos.

7. O tabagismo

O tabagismo tem sido reconhecido como uma doença comportamental e social com alta prevalência que resulta em alta morbidade e mortalidade.

Em estudos realizados com Mapeamento Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), foi possível registrar o efeito hipertensivo transitório do fumo e a elevação significativa da pressão arterial sistólica (PAS) em hipertensos fumantes. O risco de doença coronariana, acidente vascular encefálico (AVE), doenças pulmonares e morte súbita também estão relacionados com o hábito de fumar.

Todo o esforço deve ser feito pela equipe e pelo médico no sentido de encorajar o indivíduo a abandonar o tabaco, de forma insistente e repetida. Uma proposta para abandono do fumo inclui quatro questões básicas: identificar o fumante logo na primeira consulta, motivar o paciente, marcar uma data para parar de fumar e reforçar esta decisão acompanhando as dificuldades que serão encontradas. Se necessário, o encaminhamento do fumante a grupos de apoio para o abandono do tabagismo deve ser considerado. Com o desenvolvimento desta investigação, pretende-se oferecer educação para a saúde aos usuários hipertensos, e dessa forma se conheça os fatores de risco associados à elevação da pressão arterial, a prevenção da doença, contribuindo a evitar as complicações, que repercutem em maior custo econômico a família e a sociedade. (BRASIL, 2006).

Em minha opinião é muito importante avaliar este problema porque de maneira geral é uma doença com uma alta prevalência e um fator de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, renais, além disso, pode ter consequências e incapacidade para as pessoas e das principais causas de morte não só no Brasil, mas também no mundo todo. Um dos principais problemas é que pode ser uma doença assintomática pelo que deve ser pesquisada sistematicamente.

A importância deste trabalho consiste em melhorar a qualidade de assistência que é prestada à saúde aos usuários hipertensos na área de abrangência, esta intervenção poderá contribuir para que o usuário tenha uma melhor qualidade de vida, e implementar grupos de trabalho comunitário na área de abrangência que ajudem a manter e aumentar os níveis de saúde.

2 PROBLEMA

Pouco conhecimento por parte da população de Altamira do Maranhão sobre os fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica.

3 JUSTIFICATIVA

Atualmente o grande problema que enfrentamos no contexto do assunto que será abordado no projeto, são poucas as ações preventivas e de promoção à saúde, com respecto aos fatores de risco da doença; vivenciamos ainda aquele processo em que a atenção curativa predomina em relação àquelas voltadas para um trabalho de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Atualmente na ESF Altamira do Maranhão, está com um número não relevante de hipertensos, onde 259 (12.95 % da população) pessoas portadoras desta patologia. Além disso a HAS é uma das principais causas de infarto agudos do miocárdio e acidente vascular encefálica aqui no município causando a maioria das mortes no município. As pessoas com HAS são atendidas e cadastradas na unidade fundamentalmente na atividade de Hipertensão. Estes recebem visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos profissionais de saúde quando solicitados, além das visitas programadas

Novas ações precisam ser implementadas com a finalidade de se reorganizar a atenção aos portadores de hipertensão arterial, desta maneira podemos alcançar um público que tem aumentado cada vez mais nas unidades de saúde da família, promovendo assim uma atenção mais qualificada para os mesmos. Diante do exposto fica evidente que existe uma articulação mandatória que envolve processo de trabalho em equipe versus vínculo com a comunidade para efetivação de um processo educativo em saúde eficaz.

Diante de tudo o que foi explanado sobre o assunto promoção à saúde com ênfase na hipertensão arterial, fica muito claro a dimensão do problema, bem como a necessidade de atuação frequente frente às necessidades de saúde deste público. A promoção à saúde realizada de forma eficaz pode minimizar grande parte dos problemas enfrentados no atual contexto da saúde pública, sendo um deles o alto custo das internações provenientes de complicações advindas da HAS, porém estes se enquadram apenas no que denominamos de valores tangíveis e os intangíveis? Estes cabem a nós enquanto profissionais de saúde pública inseridos na atenção básica e saúde da família, permitindo sempre a corresponsabilização da comunidade.

Na literatura disponível não existem estudos sobre a efetividade de intervenção educativa no controle da hipertensão arterial, particularmente no município Altamira do

Maranhão, que permitam o delineamento para implementação e acompanhamento do impacto de ações e políticas voltadas para a melhoria de suas condições de vida e saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Orientar a população sobre os fatores de riscos da HAS, assim como ações e promoção de saúde que são necessárias para diminuir a prevalência de hipertensos

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Fazer uma caracterização da doença com enfoque do conhecimento inicial das pessoas.
- ✓ Identificar as variáveis epidemiológicas e fatores de risco associadas a esta condição.
- ✓ Desenvolver atividades educativas à população: elaborar uma agenda assistencial, valorizando as visitas domiciliares e palestras educativas.
- ✓ Incentivar a adesão do paciente as praticas saudaveis de vida.
- ✓ Avaliar o resultado do impacto da intervenção educativa.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial é considerada tanto uma condição e um fator de risco, aparecendo como um grande desafio para a saúde, sendo a doença cardiovascular a principal causa de morte no Brasil (GUZMAN, J. 2006).

A Hipertensão Arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial frequentemente associados com alterações funcionais e/ou anormalidades estruturais de órgãos como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de problemas cardiovascular fatal e não fatais. A medida da P.A. deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais de saúde. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, sem condições ideais, em pelo menos, três ocasiões (SBC, SBH, SBN, 2010).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. A pressão arterial limítrofe é aquela com valores sistólicos entre 130-139mm Hg e diastólicos entre 85-89mm Hg, enquanto a pressão arterial normal sistólica <130mm Hg e diastólica <85mm Hg. Já para a pressão arterial classificada como ótima, a pressão arterial sistólica deve estar <120mmHg e diastólica <80mmHg

Os procedimentos de medida da pressão arterial são simples e de fácil realização. É necessário haver o preparo adequado do paciente, uso de técnica padronizada e de equipamentos calibrados. Muitos estudos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SBC, SBH, SBN, 2010).

O desenvolvimento da hipertensão não ocorre instantaneamente, há um conjunto de fatores que estão associados à sua evolução e agravamento. Estes fatores são conhecidos como fatores de risco e, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, são: idade, sexo/gênero e etnia, fatores socioeconômicos, ingestão de sal, excesso de peso e obesidade, ingestão de álcool, genética e sedentarismo. Além desses, outros autores acrescentam ainda o tabagismo e a não adesão ao tratamento (LESSA, 2006).

Muitos fatores de risco para hipertensão são modificáveis, o que torna a hipertensão evitável na maioria dos casos ou com alta probabilidade de controle, se já presente. Etnia, idade, sexo e predisposição genética são fatores não modificáveis. E fatores ambientais e socioeconômicos são de difícil modificação, logo, a atenção do profissional com relação aos mesmos deve ser diferenciada. O sal, o álcool, a obesidade e o sedentarismo são passíveis de modificação a fim de reduzir o risco para hipertensão (GUSMÃO; MION, 2006).

O estilo de vida é claramente um dos maiores responsáveis pela morbidade e pela alta prevalência das doenças crônicas. Entre os aspectos associados estão principalmente, os hábitos e as atitudes que contribuem para o aumento do sobrepeso corporal, especialmente associado ao aumento da obesidade visceral, alto consumo energético e excesso ou deficiência de nutrientes associados ao padrão alimentar baseado em alimentos industrializados (BRASIL, 2001; CANAAN et al., 2006).

O tabagismo é considerado um dos maiores fatores de risco para as doenças cardiovasculares e a maior causa de doença coronariana, tanto em homens quanto em mulheres, assim como já está bem estabelecida a sua correlação com a doença cerebrovascular (FERREIRA et al., 2009). Além disso, o tabagismo é o mais importante fator de risco para a doença arterial periférica, e até o fumo passivo já foi identificado como fator notável para a doença coronária (LION, 2009). Estudos mostram aumento de até 20mmHg na pressão sistólica após o primeiro cigarro do dia. Além disso, o cigarro aumenta a resistência às drogas anti-hipertensivas, fazendo com que elas funcionem menos que o esperado (FERREIRA et al., 2009; CHOBANIAN, 2003). O tabagismo também 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 coronária ente 35% e 40% (FERREIRA et al.,2009).

A obesidade e o excesso de peso são fatores de risco para hipertensão, estima-se que 60% dos pacientes hipertensos têm mais de 20% de sobrepeso. A prevalência de hipertensão foi observado em relação à ingestão de NaCl e baixo teor de cálcio e potássio na dieta que pode contribuir para o risco de hipertensão arterial, fatores ambientais, como o consumo de álcool, estresse psicoemocional e baixos níveis de atividade física também pode contribuir para a hipertensão (FAUCY, ANTHONY S, et

al.,2008). A população brasileira teve uma mudança de perfil em relação ao estilo de vida, tais como hábitos alimentares, aumento progressivo do sobrepeso e da obesidade, juntamente com a baixa adesão a realização de atividade física, o que contribui para este projeto (JARDIM, PAULO CESAR B. VEIGA, 2007).

O abuso de álcool pode trazer prejuízos aos tratamentos das doenças crônicas. Além dos efeitos da bebida em si, usuários que abusam de álcool costumam ter dificuldade para uso regular das medicações, fato estimulado pela crença de que após o consumo de álcool não se deve fazer uso delas. Importante ressaltar que episódios de consumo excessivo podem levar a descompensações agudas das doenças crônicas, sendo fundamental avaliar nesses casos a pressão arterial e a glicemia desses usuários, pois podem ocorrer alterações significativas que necessitam de intervenções clínicas. Estratégias de prevenção e controle do uso excessivo do álcool podem ser desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica (MENDES, 2012).

A HAS acomete aproximadamente 25% da população mundial, com previsão de aumento de 60% dos casos da doença em 2025. Em 2008, foram diagnosticados aproximadamente 40% dos adultos maiores de 25 anos; o número de pessoas afetadas aumentou de 600 milhões em 1980 para 1000 milhão em 2008 (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). Por ser geralmente assintomática, seus diagnósticos e tratamento são frequentemente negligenciados e a adesão ao tratamento é menor que a esperada, o que determina um controle muito baixo da Hipertensão Arterial Sistêmica em todo o mundo (BRASIL, 2006a). Na Região das Américas, a mortalidade relacionada com a Hipertensão está entre as 10 principais causas de morte em homens e mulheres (OMS, 2010). As doenças não transmissíveis são a principal causa de doença e morte prematura evitável. Na Região das Américas o forte aumento no custo do tratamento prejudica o indivíduo e o bem-estar da família e ameaça impedir o desenvolvimento social e econômico (FERREIRA, SANDRA R. G, et al., 2009).

No Brasil, a prevalência média de HAS auto referida na população acima de 18 anos, é de 22.7%, sendo maior em mulheres (25.4%) do que em homens (19.5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais dos 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006).

Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil revelam valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste; 5,04 a 37,9% na Região Sudeste; 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste. A prevalência de hipertensão na população urbana adulta variou de 20% a 30% (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável pelo menos por 40% das mortes por acidente vascular, por 25% das mortes por doença arterial coronária e, em combinação com o Diabetes Mellitus, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (Brasil 2006 a). A partir de inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras nos últimos 20 anos, chegou-se a uma taxa de prevalência da hipertensão arterial sistêmica acima de 30%, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBC; SBH, 2010).

A Hipertensão é chamada de assassino silencioso, pois muitos pacientes não apresentam sintomas da doença, tornando-se difícil estabelecer um diagnóstico, sendo que, muitas vezes, o diagnóstico ocorre pela complicação (PIERIN, ANGELA M.G. et al.,2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, deve-se considerar no diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvos e as co-morbidades associadas (BRASIL, 2006). Conhecer o risco coronário dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica pode auxiliar no planejamento e na avaliação das ações de saúde, melhor direcionando os planos de cuidados a esses portadores e melhor definindo os intervalos de vigilância e a intensificação das ações de saúde (SILVA, CADE, MOLINA, 2012).

É preciso ter cautela antes de classificar alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, tanto como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevadas em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer

que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais (BRASIL, 2006).

Os procedimentos de medida da pressão arterial são simples e de fácil realização. É necessário haver o preparo adequado do paciente, uso de técnica padronizada e de equipamentos calibrados. Muitos estudos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SBC, SBH, SBN, 2010).

As intervenções sobre a população que não apresenta doenças, mas com fatores de risco para adoecer, precisam ser dirigidas a dar suporte e apoio as mudanças de estilo de vida e das “escolhas” determinadas socialmente. Podem ser estruturadas a populações ou indivíduo a partir da estratificação de risco, para que a rede de serviços da Saúde e dos outros setores possa ofertar a atenção correta às distintas necessidades das pessoas, com custo-efetividade e qualidade assistencial. Essas medidas precisam ser efetivas, seguras e aceitas pelos indivíduos, e seu custo deve ser possível tanto para os serviços de Saúde como para as pessoas (ROSE, 2010).

Os quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas) têm quatro fatores de risco em comum (tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e álcool). No Brasil, esses fatores de risco são monitorados por meio de diferentes inquéritos de Saúde, com destaque para monitoramento realizado pelo Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (BRASIL, 2011).

As mudanças no estilo de vida trouxeram modificações no perfil epidemiológico da população, no qual as doenças crônicas passaram a estar entre as principais causas de morte. Os níveis de sedentarismo vêm crescendo em muitos países, trazendo um impacto na prevalência de doenças e agravos não transmissíveis e no estado geral de saúde da população mundial. Pessoas com níveis insuficientes de atividade física possuem de 20% a 30% maior risco de morte por qualquer causa, contabilizando um total de mortalidade próximo a 3,2 milhões a cada ano. Os inativos ou sedentários possuem ainda risco 30% a 50% maior de desenvolver HAS. O sedentarismo é estimado

como a principal causa de 21% a 25% de câncer de mama e de colo uterino, 27% de diabetes e 30% de doenças isquêmicas do coração (OMS,2010).

A alimentação está relacionada diretamente a alguns fatores que interferem na prevenção e/ou controle das doenças crônicas e seus agravos. São eles: excesso de peso, dislipidemia, mau controle glicêmico e padrão alimentar com consumo excessivo de gordura saturada e pouca ingestão de frutas e vegetais (BRASIL, 2001; OMS, 2003). Dessa forma, a orientação nutricional é útil na prevenção para o retardo das complicações associadas às condições crônicas, integrando o conjunto de medidas de autocuidado e educação em Saúde (BUSE et al.,2007; SANTOS et al.,2009; SBD,2005). As modificações na alimentação são reconhecidas como um recurso para o controle glicêmico e redução do risco das doenças cardiovasculares (COPPELL et al., 2010).

Nesse sentido, a atividade física regular está associada à diminuição do risco de desenvolver condições crônicas como diabetes, hipertensão arterial, câncer do colo e retal (MENDES, 2012). Com isso, a adoção de um estilo de vida ativo, com hábitos mais saudáveis, é considerada prevenção primária para as doenças crônicas e contribui para o controle de diversas doenças.

O desafio do controle da Hipertensão Arterial Sistêmica é da Atenção Básica, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que conta com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho inclui vínculo com a comunidade, favorecendo as ações de prevenção e promoção de saúde. As ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e, dessa forma, possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de mudanças no estilo de vida (OLIVEIRA et al.,2013)

O tratamento não farmacológico tem como objetivo diminuir os fatores de risco para reduzir a pressão arterial. Deve-se iniciar um processo de educação em saúde em que o paciente é estimulado a adotar medidas que favoreçam a adesão às recomendações. As medidas sugeridas terão impacto no seu estilo de vida e sua implementação depende diretamente da compreensão do problema e da motivação em aplicá-las. Nossos profissionais da saúde, ao aconselharem modificações de hábitos, devem apresentar ao paciente as diferentes medidas e possibilidades de implementá-las para que ele possa adaptá-las à sua situação socioeconômica e à sua cultura, obtendo, dessa forma, maior

adesão ao tratamento. Ressalta-se a importância de um envolvimento dos familiares do hipertenso nas metas a serem atingidas (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002).

Recomenda-se uma alimentação rica em frutas, verduras, legumes, laticínios com pouca gordura, grãos integrais, nozes, frango, peixe, potássio, cálcio, magnésio, fibras proteínicas e pobre em sal, carne vermelha, gordura total e saturada, colesterol, doces e açúcar simples. A indicação do aumento de alimentos ricos em potássio se justifica pelo seu efeito anti-hipertensivo e pela ação protetora contra danos cardiovasculares, e também é útil como medida auxiliar para pacientes submetidos à terapêutica com diuréticos. A alimentação deve visar à ingestão em torno de 100 mmol/dia de cloreto de sódio (6,0 g de sal, aproximadamente um colher de chá) e os pacientes devem ser orientados para leitura dos rótulos dos alimentos industrializados, a fim de observar a presença e a quantidade de sódio contida nos mesmos.

Quanto aos pacientes com excesso de peso, eles devem ser estimulados a alcançar um índice de massa corporal (IMC), inferior a 25 kg/m² ($IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m)}$), para menores de 60 anos e de 27 kg/m² para maiores de 60 anos e/ou relação cintura-quadril inferior a 0,8 para mulheres e 0,9 para homens. Estes pacientes devem ser orientados a seguir uma dieta hipocalórica balanceada com fracionamento alimentar, evitando açúcares e doces.

O exercício físico regular reduz a pressão arterial e fornece benefícios adicionais, tais como: diminuição do peso corporal, ação coadjuvante no tratamento das dislipidemias da resistência da insulina, do abandono do tabagismo e do controle do estresse, além de melhorar a qualidade de vida. Exercícios físicos como a caminhada e a natação são recomendadas numa intensidade entre 50% a 70% da frequência cardíaca máxima, durante 30 a 45 minutos, na maior parte dos dias da semana. (OLIVEIRA et al.,2013)

Nas consultas médicas e de enfermagem o processo educativo preconiza-se a orientação de medidas que reduzam a pressão arterial, entre elas: hábitos alimentares adequados para manutenção do peso corporal e de um perfil lipídico desejável, estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução da ingestão de sódio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução do estresse e abandono do tabagismo. (OLIVEIRA et al.,2013)

A realização deste trabalho é necessária na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Altamira do Maranhão, pois existe desconhecimento sobre os fatores de riscos da doença HAS, com alta prevalência de fatores de risco modificáveis, como resultado do aumento das descompensações e das futuras complicações. Embora já existam abordagens anteriores e sabendo da importância de manter o controle adequado da doença, é necessário elevar o conhecimento dos usuários sobre os fatores de riscos da doença a cada paciente e estimular a prevenção de complicações para fornecer melhor qualidade de vida aos mesmos. Particularmente para HAS há alguns fatores de risco modificáveis associados ao estilo de vida, como alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e etilismo, podem ser estimulados no âmbito das USF, minimizando sua progressão e complicação e reduzindo a morbimortalidade.

6 METODOLOGIA

Este trabalho é um projeto de intervenção educativa com ações de promoção da saúde a serem desenvolvidos na USF-Miguel Costa e Silva de Altamira do Maranhão. As intervenções serão realizadas em vários cenários, na própria unidade básica de saúde (consultório médico, no centro de assistência social do município), nas residências durante as visitas domiciliares, no período do mês de janeiro ao mês de junho do ano 2018.

A amostra populacional será composta por pessoas maiores de 18 anos com HAS (120 pacientes) e que pertencem à área de abrangência da USF- Miguel Costa e Silva de Altamira do Maranhão. A equipe envolvida é formada pela médica, enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 8 agentes comunitários, totalizando onze profissionais da saúde. No planejamento do projeto foram elaborados critérios de exclusão, em que os pacientes que não residem permanentemente na área e os pacientes com deficiência mental ou outras doenças que são incapacitados a participar do plano de intervenção não foram considerados para a efetivação das ações propostas. Como critérios de inclusão serão considerados os pacientes acima de 18 anos diagnosticados como hipertensos, os moradores permanentes na área de abrangência da USF e que aceitem a participar voluntariamente das ações propostas.

Inicialmente será identificada a população hipertensa acima de 18 anos cadastrada em nossa USF, através do sistema informatizado e dos dados coletados pelas agentes comunitárias de saúde, enfermeiro e médica, para assim, direcionar as ações preventivas. Uma vez que os pacientes selecionados outorguem seu consentimento de participar neste projeto, será aplicado um questionário inicial para conhecer alguns dados gerais de aspectos biopsicossociais e o grau de conhecimento dos pacientes. Será realizada uma classificação da população com HAS em grupos de risco para realizar uma atenção individualizada, segundo a necessidade de cada caso.

A classificação será feita em consultas agendadas, tendo a médica como responsável. A modificação dos fatores de risco na população com HAS, tais como a alimentação não saudável, o sedentarismo, o tabagismo e o consumo de álcool serão alcançados através da atuação contínua em palestras, orientações em consultas e visitas domiciliares. Os responsáveis por estas ações serão a médica e o enfermeiro. Desta forma, as palestras educativas sistemáticas para o grupo de hipertensos e população em geral apresentarão os seguintes temas: fatores de risco para HAS; como

prevenir a doença e as complicações da mesma. A ação será desenvolvida na USF, tendo como responsável a médica, enfermeiro e a técnica de enfermagem.

O cuidado de todos os pacientes com HAS será continuado e mediante consultas na USF ou visitas domiciliares para o controle da pressão arterial e para avaliação do tratamento em andamento. Serão organizadas reuniões mensais com o grupo de hipertensos, onde os pacientes serão estimulados a relatar as dúvidas sobre a HAS. As reuniões serão feitas no centro de assistência social da cidade, sendo responsável o enfermeiro e a médica.

Desenvolvemos um cronograma com as atividades a serem desenvolvidas, os profissionais responsáveis e o local da realização das ações. Para a realização desta proposta de intervenção e o cumprimento das ações propostas será necessário um período de seis meses o qual iniciará a partir de janeiro desse ano. Semanalmente será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis alterações quando necessário. A avaliação será feita em conjunto com todos os profissionais de saúde, considerando o nível de conhecimento e melhoria dos estados de saúde da população que participou das ações. O instrumento da coleta dos dados será um questionário constituído por 6 perguntas de respostas simples. O mesmo será aplicado no início do processo e no final para mensurar o grau de conhecimento alcançado pelos pacientes.

Na fase de intervenção na realidade, serão realizadas reuniões para sensibilizar a equipe frente à problemática em questão bem como capacitá-la para desempenhar as medidas que foram propostas, através da Educação Permanente em Saúde.

Assim, para realização do plano de ação, buscou-se fundamentação teórica para respaldar as ações propostas, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), de material publicado no período de 1996 a 2013.

Destaca-se que houve também ampliação da fundamentação teórica a partir da inclusão de referências bibliográficas consideradas pertinentes ao tema e dados do Ministério da Saúde.

Esse projeto irá culminar na elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização *lato sensu* em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Ceara.

7 ANÁLISE DE DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo conhecimento do problema principal, reunimos a equipe de saúde para definir qual seria a atividade de promoção mais adequada para alcançar os objetivos. Optamos por fazer rodas de conversa. O período de realização das Rodas de Conversa foi de janeiro a maio de 2018. A Equipe de Saúde da Família realizou a roda de conversa no centro de assistência social da cidade, a qual faz parte da área de abrangência da referida ESF.

Essas atividades foram coordenadas pelos enfermeiros responsáveis na Unidade de Saúde e dois Agentes comunitários de Saúde, sendo desenvolvidas em cinco etapas, cada encontro com duração de duas horas.

No primeiro mês, como se realizaria a primeira Palestra, explicando a proposta do trabalho e seus objetivos. Em seguida, orientações foram direcionadas aos pacientes, de acordo com as dúvidas que apresentavam, abordando especialmente questões relativas à alimentação, atividade física e estresse. Após, fizemos aferição da pressão arterial, do peso, altura, circunferência abdominal e cálculo do índice de massa corporal, cujos valores foram anotados nos respectivos prontuários e no cartão de atendimento do paciente hipertenso. A aferição dos dados antropométricos foi realizada em todos os encontros subsequentes, conforme as recomendações do Ministério da Saúde.

Na oportunidade do segundo encontro, foram abordadas as dificuldades encontradas por cada participante em relação à doença e tratamento. Nesse sentido, estimulamos os pacientes para que cada um contasse seus anseios, dificuldades e facilidades, com o objetivo de desconstruir mitos e construir conceitos corretos em relação à doença e tratamento.

No terceiro encontro, verificamos as mudanças de comportamento de cada indivíduo, através de relatos pessoais, onde questionamos as mudanças de comportamento relacionadas a atividades físicas, hábitos alimentares, tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas.

Durante o quarto encontro, verificamos a pressão arterial, peso dos indivíduos, índice de massa corporal e medicação em uso.

Para o quinto e último encontro, centramos a discussão da roda de conversa sobre a importância desses encontros em grupo. Cada indivíduo deu seu depoimento em relação às experiências trocadas nas rodas, todos os participantes foram submetidos a um questionário avaliativo, (apêndice) sobre as principais modificações através dos encontros

em grupo. Também nesse dia, foram comparados, apresentados e discutidos os valores pressóricos e antropométricos de cada participante das rodas de conversa.

Ao final de cada encontro, foi devolvido o cartão de acompanhamento do hipertenso e foram registradas em prontuário as informações transmitidas e medicação em uso.

O grupo mostrou-se, em sua maioria mulheres, não fumantes, não consumidores de bebidas alcoólicas, apresentando uma frequência de sobrepeso e obesidade de 40%.

Além disso, verificamos a confirmação de histórico familiar para a doença e elevado percentual de hipertensos não controlados, o que nos levou a refletir sobre as fragilidades quanto à co-responsabilização do paciente para com seu tratamento, aliadas ao baixo nível de conhecimento sobre hipertensão, cronicidade e gravidade da doença. A presença dos fatores de risco remete à importância da implementação de medidas preventivas de alta eficácia por parte das Unidades de Saúde da Família.

O grupo de hipertensos participantes das palestras caracterizou-se em sua maioria o sexo feminino, brancos, casados, com baixa escolaridade e renda; a ocupação mais frequente foi a do lar e aposentados, com idade média acima de 50 anos, o que concorda com o estudo realizado por Pierinet *et al.* (2007), que verificou a maior presença de mulheres, brancas e com baixa escolaridade e renda.

Dentre estes participantes das palestras, notamos que 60 % são mulheres. Destas, 35% são tabagistas, 33% consomem bebida alcoólica esporadicamente e o índice de massa corporal apresentou-se acima do limite superior sendo que 60% estavam com sobrepeso e 22% com obesidade, o que difere do estudo de Cesariano *et al.* (2005), em que menos de um terço referiu ser tabagista e poucos tabagistas no grupo.

Dos homens que representam o 40%, 42 % declaram ser fumantes, 33% consomem bebida alcoólica diariamente e 63% consomem bebida alcoólica esporadicamente, 23% estavam com sobrepeso, 62% sedentários e possuem, pelo menos, um antecedente familiar com história da doença, hábitos e estilo de vida que não obedecem às recomendações das diretrizes brasileiras de hipertensão arterial (Brasil, 2006), as quais preconizam que recomendado limitar a ingestão de bebida alcoólica a 30 mL/dia de etanol e que a pressão sistólica de hipertensos fumantes é mais elevada do que hipertensos não fumantes.

Conforme aferição da pressão arterial, observou-se que 80% apresentaram níveis superiores a 140/90 mmHg e o 20% não estavam com a HAS controlada, o que vem ao encontro do estudo realizado por Achutti e Achutti (1997), que evidenciou a hipertensão como um agravo de forte componente familiar, afetando mais os homens, situação invertida após menopausa.

Em relação à medida da cintura, 61% mulheres tinham cintura acima de 88 cm e 75% dos homens maiores que 102 cm, a circunferência abdominal acima destes valores é um fator de risco para doenças cardiovasculares, pois, conforme destacaram Guedes e Guedes (1998), diversas complicações metabólicas e funcionais estão relacionadas com a distribuição regional de gordura corporal (periférico e centrípeto). O acúmulo de gordura na região abdominal (centrípeto) contribui na elevação dos valores de pressão arterial.

Quanto às crenças e conhecimentos sobre a hipertensão arterial, os dados da Tabela 3 mostram que, para 44% dos hipertensos, a hipertensão “é para toda a vida e deve ser tratada”. Quando questionados em relação ao tempo de tratamento, 23% disseram que é para resto da vida, 32% relataram cura caso emagreça e 45% não sabem, o que demonstra o pouco conhecimento sobre a doença e o tratamento da mesma, que segundo o estudo de Asakura *et al.* (2010), referiu que a doença (HAS) não apresenta cura, exige tratamento adequado e para a vida inteira.

Em relação ao uso do sal, 70% acredita que não consome muito sal, mas quando questionado sobre a quantidade recomendada de sal ingerida diariamente 100% não souberam responder. Destes, 67% referem ter saleiro sobre a mesa e utilizá-lo nas refeições, mais da metade acredita que hipertensão causa danos a saúde somente quando apresenta sintomas, e que pressão arterial acima 140/90 mmHg é normal para seu organismo.

Em relação ao uso da medicação, 44% refere uso diário e 56% esquece de tomar, o que confere com estudo realizado por Pierinet *et al.* (2007), em que os pacientes relataram esquecer de tomar a medicação, não tomam no mesmo horário e deixam de tomar por conta própria, elevando os níveis de pressão arterial, com consequência nos órgãos alvos.

A Palestra com Hipertensos fez parte de uma ação educativa visando a Promoção em Saúde, buscando identificar os fatores relacionados à baixa adesão ao tratamento da

Hipertensão Arterial Sistêmica, incentivando a coo responsabilização e adesão ao tratamento, sendo desenvolvida pela Estratégia de Saúde da Família.

A Palestra tem um potencial pedagógico, na medida em que desencadeia um processo de aprendizagem a partir das reflexões sobre as experiências relativas ao uso racional de medicamentos.

Através das Palestras, percebemos a formação de um espaço dialógico que foi importante na escuta e na relação entre profissional e paciente, permitindo a troca de experiências entre os usuários, o que conferiu um grande potencial para educação em saúde em relação às questões referente à adesão ao tratamento do hipertenso.

Os dados quantitativos foram submetidos ao tratamento estatístico descritivo e apresentados na forma de tabelas, a seguir.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes.

Variáveis	Quantidade	%
Gênero		
Masculino	48	40
Feminino	72	60
Idade (média)		
	50 anos	
Situação Conjugal		
Com Companheiro	72	60
Sem Companheiro	48	40
Renda Familiar (Salário Mínimo)		
<2	84	70
2 a 4	36	30
Escolaridade		
Não Alfabetizado	23	19

Ensino Fundamental Incompleto	57	48
Ensino Fundamental Completo	28	23
Ensino Médio	12	10
Ocupação		
Do lar	32	27
Secretariado Lar	14	12
Aposentados	53	44
Serviços Gerais	21	18
Outros	00	00

Fonte: Dados coletados pela equipe de saúde ESF: Altamira do Maranhão.

A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos da população estudada.

Tabela 2- Presença de fatores de risco ou comorbidades.

Variáveis	Quantidade	F	%	M	%
Tabagismo	45	25	35	20	42
Etilismo					
Consome bebidas alcoólicas esporadicamente	54	24	33	30	63
Consome bebida alcoólica diariamente	16	-	-	16	33

Não consome bebida alcoóli	50	48	67	2	4
Praticam Atividade Física	40	22	31	18	38
Índice de Massa Corporal					
IMC 18.5 a 24	38	13	18	25	52
IMC 25 a 29.9	56	43	60	11	23
IMC ≥ 30	26	16	22	12	25
Pressão Arterial					
< 140/90 mmHg	24	16	22	8	17
>140/90 mmHg	96	56	78	40	83
Cintura (Mulheres)					
Abaixo de 88 cm	28	16	22	8	17
Acima de 88 cm	44	28	31	18	38
Cintura (Homens)					
Abaixo de 102 cm	12	6	8	4	4
Acima de 102 cm	36	22	29	14	14

Fonte: Dados coletados pela equipe de saúde ESF: Altamira do Maranhão.

A Tabela 2 apresenta as comorbidades dos sujeitos do projeto de intervenção.

Tabela 3- Crenças e Conhecimentos Sobre Hipertensão Arterial

Crenças/saberes sobre Pressão Alta	Quantidade	%
É para toda a vida e precisa de tratamento	53	44
Vive bem e feliz com ela alta	48	40
Não sabe	19	16
Quanto tempo dura o tratamento?		
O resto da vida	27	23
Um ano caso emagreça	39	32
Não sabe	54	45
Faz uso exagerado de sal?		
Não	84	70
Sim	36	30
Qual a quantia de sal recomendada por dia?		
4,5mg	0	0
2,0mg	0	0
Não sabe	120	100
Utilizam saleiro sobre a mesa na hora das refeições?		
Sim	80	67
Não	40	33

Adicionam sal ao alimento após preparado?		
Sim	75	63
Não	45	37
Pressão acima 140/90mmHg sem sintoma causa danos ao coração, cérebro e rins?		
Sim	86	72
Não	34	28
Pressão Arterial Acima de 140/90mmHg e sem sintomas é normal para seu corpo?		
Sim	62	52
Não	58	48
Uso de Medicação		
Faz uso diário	53	44
Esquece de Tomar	67	56

Fonte: Dados coletados pela equipe de saúde ESF: Altamira do Maranhão.

A Tabela 3 mostra sobre os conhecimentos/crenças dos participantes da intervenção, identificados durante as rodas de conversa.

Tendo definido estes parâmetros fizemos o seguinte:

Tivemos três reuniões consecutivas para atualizar-nos com os temas de conhecimentos da doença, para poder lograr melhor os objetivos.

Tivemos 2 reuniões com o fisioterapeuta da área sobre o conhecimento das técnicas de tratamento não farmacológico para aplicar a nossa população.

Pelo período de três meses consecutivos fizemos na atividade do Hiperdia as captações, controle de PA, peso, circunferência abdominal dos pacientes.

Decidimos que as medidas básicas para prevenção e tratamento não farmacológico da hipertensão arterial seriam as seguintes:

- Retirar do cardápio, ou reduzir ao máximo, as frituras, carnes gordurosas, carne de porco e seus salgados, vísceras de animais, frutos do mar, maionese, creme de leite, embutidos, enlatados, oleaginosas, pastelarias, biscoitos amanteigados e chocolates.

- Preferir carnes magras (sem gordura aparente, sem pele e escamas, no caso de aves e peixes) e fazer as seguintes substituições: leite e iogurte integrais por desnatado, queijos amarelos por Minas, ricota ou requeijão light ou cottage, manteiga por margarina vegetal, sorvetes cremosos por picolés de fruta e gema de ovo pela clara.

- Não utilizar açúcar; substituí-lo por adoçante. Evitar alimentos concentrados em açúcar como balas, refrigerantes, tortas e bolos.

- Evitar temperos e molhos industrializados (caldos concentrados, extrato de tomate, molho shoyo, catchup, entre outros).

- Moderar a quantidade de sal na alimentação não utilizando saleiro à mesa e diminuindo a quantidade de sal nas preparações. Usar temperos naturais (limão, cebola, alho, orégano e ervas).

- Evitar consumir bebidas alcoólicas.

- Não usar banha de porco. Preferir os óleos vegetais como óleo de milho, canola e girassol, entre outros.

- Dar preferência aos alimentos integrais (arroz, pães, farinhas, biscoitos, etc).

- Cultivar o hábito de consumir diariamente frutas, vegetais folhosos crus e legumes.

- Beber água diariamente (1,5 a 2,0l).

- Respeitar os horários das refeições.

- Manter o peso corporal próximo ao ideal (de forma que o IMC seja $<25 \text{ kg/m}^2$).

- Realizar exercícios físicos regulares e evitar o sedentarismo, nosso caso optamos pelas caminhadas.

- Evitar o estresse.

O resultado obtido foi o seguinte:

Com o treinamento referente aos conhecimentos sobre como se produz a doença, fatores de riscos, epidemiologia, grupo de idade, sexo e rasa mais afetada pela doença, se comprova que se precisava deste, pois uma parte do nosso equipe do trabalho não tenham o conhecimento sobre a relevância da circunferência abdominal, grupo de idade e rasa mais afetada e a doença.

Com o treinamento feito pelo colega fisioterapeuta sobre as técnicas do tratamento não farmacológico, foi de muita importância, pois mediante esta conhecemos que

existem diversas maneiras de controlar a pressão arterial e uma delas é adotar um estilo de vida saudável e ativo. Manter uma alimentação balanceada, sem a ingestão de gordura saturada e sal, praticar exercícios físicos e evitar consumir bebidas alcoólicas é o primeiro passo. “A prática regular de atividades físicas pode ajudar no tratamento para hipertensão a base de remédio ou até mesmo suspendê-lo”.

Os exercícios devem ser de intensidade moderada, de três a seis vezes por semana, em sessões de 30 a 60 minutos de duração. “A caminhada, corrida, natação, exercícios aeróbicos, alongamentos, bicicleta, yoga e hidroginástica são indicados para contribuir na redução da pressão sanguínea exercida sobre os vasos sanguíneos”, aconselha ele.

É importante evitar se exercitar sob o sol muito forte ou em locais muito abafados e quentes. Use uma roupa confortável e tênis com solados altos no calcanhar para diminuir o impacto com o chão. Não deixe de tomar água antes, durante e após o exercício, principalmente se o dia estiver quente. “Não faça exercício se estiver indisposto ou com dor de cabeça e cansaço intenso. Sempre que possível, verifique sua pressão antes de se exercitar e não faça atividade física se a pressão estiver acima de 16 por 10 (160/100mm Hg)”, sugere o médico.

Pela atividade do Hiperdia, se definiu o seguinte.

A) Do total atual dos 259 pacientes (100%) foram captados um total de 39 novos pacientes (15%). Desses 259 o 51% foi do sexo feminino (132 pacientes) e o 49 % do sexo masculino (127 pacientes).

B) Do total de pacientes afetados com a doença o 67% (80 pacientes) tenha a circunferência abdominal acima dos limites normais, sendo o grupo feminino o mais atingido com 44 pacientes para um 61%.

C) Tivemos 14 pacientes descompensados que foram tomadas outras medidas com eles, pois não foi possível controlar a PA deles mediante os métodos descritos para o estudo.

D) Do total dos pacientes afetados escolhidos para o estudo, o 100% (120 pacientes) assistiu nas palestras e aos módulos de exercícios feitos no Centro de Assistência Social realizadas por o fisioterapeuta da área.

E) Foi realizado aos 100% dos participantes o monitoramento da PA e o pulso antes e depois das sessões de exercícios.

F) Lograram-se aos 75 % dos pacientes (90 pacientes) em três meses obter e manter cifras de PA ótimas depois de aplicada as técnicas do tratamento no farmacológico definidas, logrando-se o objetivo fundamental do nosso trabalho.

9 RECURSOS NECESSÁRIOS

Estrutural:

Proporcionar conhecimento através de atividades de promoção e prevenção de saúde, controlando os fatores de riscos para mas saúde.

Organizar a agenda para a capacitação da equipe multiprofissional.

Organizar a agenda para saber mais sobre a prevenção e controle de HAS.

Cognitivo:

Mas informação sobre estratégias de saúde.

Aumentar o conhecimento sobre prevenção e controle de HAS.

Financeiro:

Para recursos audiovisuais, folhetos educativos.

Político:

Mobilização social intersectorial com a rede de saúde.

10 CONCLUSÃO

O trabalho em questão tem sua relevância na propagação de informações aos pacientes hipertensos na área de abrangência da USF- Miguel Costa e Silva/ Altamira do Maranhão, gerando um maior nível de conhecimentos graças ao desenvolvimento das ações educativas pela equipe de saúde na comunidade. Os pacientes e familiares foram informados sobre os fatores de risco da doença, os sintomas e complicações da mesma, além das principais medidas de prevenção. Isto trouxe como consequência à modificação gradual dos hábitos e estilos de vida na comunidade partindo dos conhecimentos adquiridos.

Pode-se perceber que o planejamento foi um instrumento de importância na realização da atividade porque nos permitiu atuar em ambiente complexo, limitado, com participação de vários atores sociais com diferentes culturas, valores, crenças, necessidades e percepções, prevendo os problemas e buscando soluções.

Foi muito importante fazer este trabalho em parceria com os pacientes hipertensos e toda a equipe de saúde, pois o intercâmbio com eles reconhecemos quais são as causas da incidência da doença. Os produtos gerados com nossa ação foi o enriquecimento dos conhecimentos da comunidade a respeito da HAS. Isso progressivamente irá gerar uma melhoria na qualidade de vida dessa comunidade, através da diminuição dos fatores de risco e da adoção de medidas de prevenção e promoção da saúde.

Como profissionais da área de saúde, é preciso estarmos atentos a sensibilizar a população com ações educativas, mostrando que é possível viver com qualidade de vida, em um ambiente saudável. Sendo assim, cresce a responsabilidade em cada um de nós, como trabalhadores da saúde, convictos e compromissados com a sociedade, intervirmos como agentes sociais, proporcionando e promovendo melhores condições de vida e saúde.

REFERÊNCIAS

- ACHUTTI, A.C.: ACHUTTI. V.A.R. Aspectos epidemiológicos. In: AMODEO, C.: LIMA, E.G.; VAZQUEZ, E.C. (coord.) Hipertensão arterial. São Paulo, Sarvier, 1997. cap. 2, p. 11–21.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde. 58p., 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica) No-15. 2006 a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Brasília: Ministério da saúde, 2010.
- CESARINO, C.B; FORNAZARI, P.A; SANTOS,F.S; MONTEIRO, P.C. Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão. ArqCiênc Saúde 2005 abr-jun;12(2):73-9
- Fauci, Anthony S, et al. Harrison Medicina Interna. Rio de Janeiro: 17ª edição, volumen 2., McGraw-Hill, 2008.pg. 1549-1562.
- Ferreira, Sandra R. G, et al. Frequência de Hipertensão Arterial e Fatores de Risco Associados: Brasil 2006. Revista de Saúde Pública São Paulo.vol.43 supl 2, Nov.2009.
- GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(1), p.200-206, 2005.
- Guzmán, J. 2006. Hipertensión arterial artículo de revisión. Actualización médica periódica. Pp. 58.
- Jardim, Paulo César B. Veiga. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia. v.88 n.4, p.452-457. 2007.

-MIRANDA, F.S., et al. Como implementar grupo de hipertensos e diabéticos: um relato de experiência. Rev enferm UFPE on line., Recife, 9(6):8333-9, jun., 2015.

-MOURA, E.C.; et al. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). Rev Bras Epidemiol; 11(supl 1): 20-37, 2008.

-OLIVEIRA, Thatiane Lopez. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Acta Paul Enferm, v. 26, n.2, p. 179-84. 2013.

-Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <<http://new.paho.org>>. Acesso em: 16 oct. 2010.

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epidem Serv Saude v. 15, n.1, p. 35-45, 2006

-Pierin, Angela M.G. et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Diagnóstico e classificação. Revista Brasileira de Hipertensão. Rio de Janeiro: v.17, n.1, p.11-17, 2010.

-SILVA, Viviane Rassele., CADE, Nagela Valadão, MOLINA, Maria Del Carmen Bisi. Risco coronário e fatores associados em hipertensos de uma unidade de saúde da família. Rev.enferm. UERJ, Rio de Janeiro. V.20, n.4, p.439-44. out/dez.2012.

APÊNDICE (S)

APENDICE 1

Questionário

Primeiro o entrevistado é informado do porque está sendo feito este trabalho e tem a a claratória de que os dados coletados durante a entrevista permaneceram no anonimato.

Contém ademais dados pessoais do paciente

Nome completo: _____

Idade: _____

Endereço: _____

Antecedentes patológicos familiares de doenças crônicas não transmissíveis:

Sim___ Não___

Quais: _____

No caso de ser positiva a resposta mencionar quais doenças: _____

Antecedentes patológicos pessoais de saúde: Negativos: _____ (o paciente não tem antecedentes de doença alguma) positivos_____ (mencionar doenças das quais sofre)
Tem Tratamento ou está em tratamento? Sim____. Não _____. Qual _____

Fatores de risco e hábitos tóxicos:

Fuma: Sim___ Não ___ Quantos cigarros por dia _____

Bebe: Sim___ Não___ Frequência: _____

Obesidade: Sim ___ Não_____

Hiperlipoproteinemia: (colesterol alto) Sim____ Não _____

Problemas de coração: Sim____ Não_____

Tem outros fatores de risco (ingestão de drogas lícita ou ilícita, medicamentos para depressão etc.

ANEXO (S)



Palestra na Comunidade Altamira do Maranhão (depois caminhada com a população)

