



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Diego Padão da Silva

A importância das intervenções educacionais na melhoria da saúde dos hipertensos

Florianópolis, Março de 2023

Diego Padão da Silva

A importância das intervenções educacionais na melhoria da saúde
dos hipertensos

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

Orientador: Adriana Eich Kuhnen
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Diego Padão da Silva

A importância das intervenções educacionais na melhoria da saúde dos hipertensos

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 Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Adriana Eich Kuhnen
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução : Definida como PA sistólica equivalente ou maior a 140 mmHg ou diastólica equivalente ou maior a 90 mmHg, a hipertensão eleva o risco de cardiopatias, encefalopatias, nefropatias e outras doenças relacionadas. Estima-se que hoje, em todo o mundo, cerca de 1.130 milhão de pessoas sejam acometidas pela doença. Localizada na cidade de São Borja, no Rio Grande do Sul, a ESF 15 Maria Cristina Surreaux Vargas conta com uma população local de 4.562 pessoas, sendo 1.302 indivíduos (28,5%) diagnosticados com hipertensão, sendo essa realidade a base desse projeto de intervenção. **Objetivo**: Melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos por meio de ações preventivas e educativas. **Metodologia**: Foram previamente selecionados 20 pacientes hipertensos com níveis pressóricos acima de 140 mmHg e diastólicos superiores a 90 mmHg, divididos em três grupos: hipertensão estágio 1, estágio 2 e estágio 3, e acompanhados durante dois meses por um médico e uma equipe multidisciplinar (nutricionista, psicólogo e educador físico). Após período de acompanhamento, os participantes tiveram seus níveis pressóricos aferidos, sendo avaliadas como intervenções “ótimas” os níveis pressóricos normais em nove de 10 aferições; “satisfatórias” os níveis pressóricos normais em seis a oito de 10 aferições; e “insatisfatórias” os níveis pressóricos normais em menos de seis de 10 aferições. **Resultados esperados**: Os cinco pacientes hipertensos estágio 1 registraram resultados “ótimos”, entre os 11 pacientes hipertensos estágio 2, seis obtiveram resultados “ótimos”, enquanto cinco alcançaram resultados “satisfatórios”, enquanto os quatro pacientes hipertensos estágio 3 apresentaram resultados “insatisfatórios”.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Hipertensão, Promoção da Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

Durante o transcurso da pós-graduação, fui realocado para uma nova unidade de saúde, saindo do interior do município para uma unidade de saúde em um bairro da cidade.

Estou alocado no ESF 15 do município de São Borja-RS, localizado em um bairro da periferia do município distando 15min do centro da cidade, a 10 minutos do hospital geral e da farmácia mais próxima. A população em sua maioria é de classe média baixa, havendo, contudo, na área de abrangência, famílias de auto poder aquisitivo, bem como pessoas em situação de vulnerabilidade social.

A área de abrangência do nosso ESF compõem-se majoritariamente de membros da classe C e D do espectro social. A proporção de idosos é de 19% e de crianças é 14% dos indivíduos registrados junto à unidade de saúde.

A procura pelos serviços de saúde é bem pronunciada. Antes da pandemia alterar o mecanismo de atendimento e os hábitos da população, dez consultas eletivas eram agendadas por turno, além da livre demanda, dando em média 20 pacientes por dia tendo visitado a unidade de saúde para atendimento médico.

As queixas mais comuns são as dores ósteo-musculares, além das doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão arterial sistêmica. Na faixa pediátrica, destacam-se as consultas de rotina e as queixas de inapetência e baixo peso, além de atraso no desenvolvimento escolar.

Frente à realidade vivida em nossa unidade, um dos agravos à saúde mais frequentes e desafiadores diz respeito à hipertensão arterial. Sabemos que esta condição está intimamente relacionada a complicações como acidentes vasculares cerebrais e infartos agudos do miocárdio, para citar apenas dois. A taxa de pacientes adultos e idosos hipertensos chega a 35% dos usuários da unidade ,metade deles com controle insatisfatório ou franco descontrole. As razões variam desde o negacionismo , esquecimento do uso da medicação, uso eventual quando "sentem" que estão hipertensos.

O projeto é factível, sem grande ônus, oportuníssimo na presente conjuntura de descontrole da pressão arterial nos pacientes diagnosticados, sendo de sumo interesse para a comunidade, diminuindo a morbi-mortalidade, bem como à unidade de saúde, elevando nossos índices de resolutividade.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Melhorar os índices de controle pressórico da população a partir das seguintes estratégias.

2.2 Objetivos Específicos

- Fortalecer os grupos de reunião de pacientes hipertensos com palestras de profissionais de saúde, consultas com renovação de receita e orientação médica e distribuição de medicações.

- Intensificar as visitas dos agentes comunitários de saúde, e toda a equipe multidisciplinar nas residências de pacientes hipertensos, far-se-á acompanhada de profissional técnico de enfermagem, como todas as visitas domiciliares do médico, para aferição, registro e orientação sobre o controle pressórico

- Regularizar os níveis pressóricos dos pacientes atendidos em pelo menos metade deles, fazendo-o de maneira duradoura no longo prazo, de modo a diminuir o impacto desta condição como geradores de adoecimentos.

3 Revisão da Literatura

A pressão arterial (PA) é a força exercida pelo sangue circulante no organismo contra as paredes das artérias, que são os principais vasos sanguíneos do corpo. Considerada um dos mais importantes fatores mundiais de morbidade e mortalidade, a hipertensão, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é um transtorno grave, que corresponde a uma pressão arterial muito alta. Dois números representam a PA tem, sendo o primeiro (sistólico) indicativo da pressão nos vasos sanguíneos no momento em que o coração se contrai ou bate e o segundo (diastólico) o da pressão nos vasos quando o coração descansa entre os batimentos (SAÚDE, 2020).

Definida como uma PA sistólica (PAS) equivalente ou maior a 140 mmHg ou diastólica equivalente ou maior a 90 mmHg, a hipertensão, também conhecida como PA alta, aumenta de forma significativa o risco de cardiopatias, encefalopatias, nefropatias e outras doenças relacionadas. Dados da OMS estimam que, em 2015, um em cada quatro homens e uma em cada cinco mulheres sofriam de hipertensão. Estima-se que hoje, em todo o mundo, cerca de 1.130 milhão de pessoas sejam acometidas pela doença, sendo que apenas um entre cada cinco pacientes a tenha sob controle. Principal causa de morte prematura, a meta mundial para redução na prevalência dessa doença não transmissível é de 25% me 2025 (SAÚDE, 2020)(RADOVANOVIC et al., 2020)

Historicamente, nas sociedades que antecedem o período industrial, os níveis de PA pouco se alteravam com a idade, sendo, em média equivalente a 115/75 mmHg, números que representam a PA normal para humanos. A primeira determinação da PA foi registrada na Inglaterra, em 1730, quando Hales realizou uma avaliação intra-arterial em um animal. Os equipamentos portáteis de aferição são resultado da invenção de Scipione Riva Rocci que, em 1898, desenvolveu um aparelho com base na oclusão do fluxo da artéria braquial por um manguito pneumático ligado a um manômetro de mercúrio (RADOVANOVIC et al., 2020)

Com o passar do tempo, porém, as sociedades mais modernas passaram a identificar um aumento contínuo nos níveis da PA em homens e mulheres. Essa elevação gradual dos níveis pressóricos, a princípio, foi associada à idade e, conseqüentemente, à maior exposição a fatores ambientais, como consumo de sódio em excesso; ingestão insuficiente de potássio; sobrepeso e obesidade; ingestão de álcool e física inatividade. Apesar da prevalência menor, a predisposição genética ou ambiente intrauterino adverso (como hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia) foram também foram, posteriormente, associados com níveis pressóricos elevados na população. Nota-se ainda que, conforme a economia se desenvolvia, a hipertensão atingia, a princípio, indivíduos com maior poder aquisitivo. Hoje, porém, a realidade dos países mais economicamente desenvolvidos mostra que a prevalência da hipertensão é maior nas populações de baixa renda (PASSOS; ASSIS;

[BARRETO, 2020](#)).

Vários parâmetros do sistema cardiovascular determinam os níveis de PA, incluindo volume de sangue e débito cardíaco, assim como o equilíbrio do tônus arterial que é afetado tanto pelo volume intravascular quanto pelos sistemas neuro-humorais. A manutenção dos níveis fisiológicos de PA envolve uma interação complexa de vários diversos componente do sistema neuro-humoral integrado, a exemplo do sistema renina-angiotensina-aldosterona, do papel dos peptídeos natriuréticos e endotélio, o sistema nervoso simpático (SNS) e o sistema imunológico. O mau funcionamento ou a interrupção dos fatores envolvidos no controle da PA em qualquer um desses sistemas podem direta ou indiretamente levar a aumentos na PA média, variabilidade da PA ou ambos, ao longo do tempo, resultando em danos a órgãos-alvo e desfechos de DCV ([BRASIL, 2020](#)).

Os mecanismos fisiopatológicos responsáveis pela hipertensão são complexos. A hipertensão primária, por exemplo, envolve vários tipos de genes. Variantes alélicas de genes são associadas a um risco aumentado de desenvolvimento de hipertensão primária, sendo relacionadas, em quase todos os casos, ao histórico familiar a uma história familiar Essa predisposição genética, juntamente com uma série de fatores ambientais, como ingestão elevada de sódio, má qualidade do sono ou apneia do sono, ingestão excessiva de álcool e estresse contribuem para o desenvolvimento da hipertensão ([SILVA; MANTOVANII; KALINKEI, 2020](#)).([SAÚDE, 2020](#))

A probabilidade de desenvolver hipertensão também aumenta com o envelhecimento, devido ao enrijecimento progressivo da vascularização arterial causado, entre outros fatores, por alterações de desenvolvimento lento no colágeno vascular e aumento da aterosclerose. Os fatores imunológicos também podem desempenhar um papel importante, especialmente no contexto de doenças infecciosas ou reumatológicas, como a artrite reumatoide ([CARDIOLOGIA, 2020](#)).

Entre as etiologias determinantes para o aumento nos níveis de PA fica claro que tanto fatores genéticos quanto ambientais desempenham um papel importante. Isso faz com que a hipertensão seja classificada como uma doença complexa e multifatorial. Dada sua alta prevalência, é fundamental monitorar e controlar os fatores de risco cardiovascular, que são classificados em modificáveis e não modificáveis. No primeiro caso, esses fatores podem ser preventivamente alterados a partir da adoção de um estilo de vida saudável. Tabagismo, dislipidemia, diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo, consumo excessivo de álcool, ingestão elevada de sódio, entre outros, estão na lista de agentes causadores de hipertensão. Fatores de risco não modificáveis, por sua vez, não são passíveis de intervenção, correspondendo ao histórico pessoal e familiar de doenças cardiovasculares. A maioria dos pacientes, no entanto, apresenta riscos cardiovascular modificáveis. Recomenda-se, com isso, a mudança desses fatores para manter a PA sob controle ([SILVA; MANTOVANII; KALINKEI, 2020](#)), ([RADOVANOVIC et al., 2020](#)).

A hipertensão essencial ou primária geralmente é assintomática. Na prática clínica,

portanto, todos os adultos devem ter sua PA aferida durante a consulta. A hipertensão é mais comumente diagnosticada com base em medições repetidas de PA em um consultório clínico. A medição precisa e o registro da PA são essenciais para categorizar seus níveis, determinar o risco de DCV e orientar o manejo. Métodos para aferição fora do consultório têm sido cada vez mais introduzidos, visando orientar o diagnóstico e o tratamento da hipertensão. Isso inclui a monitorização residencial da PA (MRPA) e a monitorização ambulatorial da PA (MAPA) (BRASIL, 2020).

Enquanto a MRPA corresponde à aferição da PA pelo paciente em sua casa ou em outro lugar fora do ambiente clínico, em intervalos regulares, a MAPA a aferição e o registro da PA em intervalos regulares (cada 20 a 30 minutos) durante o período de 24 horas. O paciente, nesse caso, pode realizar suas atividades normais diárias. A possibilidade de aferir a PA fora do consultório permitiu identificar fenótipos distintos da PA, incluindo a hipertensão do avental branco, que se eleva no momento da consulta, mas é normal nas leituras da MAPA ou MRPA; e a hipertensão mascarada, caracterizada por leituras normais de consultório, mas com leituras externas elevadas (MAPA e MRPA) (CARDIOLOGIA, 2020).

A avaliação do paciente com hipertensão, porém, exige mais do que o simples diagnóstico de PA elevada. Também é necessário avaliar o risco de doença cardiovascular (DCV), possível lesão de órgão-alvo e condições clínicas capazes de interferir na PA ou causar lesão em órgão-alvo. Exames de rotina, geralmente, oferecem essa informação, mas pacientes específicos exigem uma investigação mais detalhada (RADOVANOVIC et al., 2020).

Todos os pacientes devem ser submetidos à ausculta das artérias carótidas, coração e artérias renais. A detecção de sopros deve levar a investigações adicionais: ultrassonografia da carótida, ecocardiografia e ultrassonografia renal, respectivamente. As investigações laboratoriais, por sua vez, contribuem na detecção de fatores de risco adicionais, para confirmar ou excluir hipertensão secundária, para identificar danos em órgãos-alvo clínicos ou subclínicos e para estimar o risco global de DCV (SILVA; MANTOVANII; KALINKEI, 2020).

No Brasil, os dados mais recentes sobre a prevalência da hipertensão correspondem a 2018, divulgados pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel 2018). A pesquisa indicou que 24,7% dos habitantes das capitais confirmaram diagnóstico de hipertensão. A população idosa é a mais acometida, sendo 60,9% com mais 65 anos e 49,5% com idade entre 55 e 64 anos. A hipertensão também atinge, em sua maioria, pessoas com menor grau de escolaridade. Entre as que declararam ter menos de oito anos de estudo, 42,5% sofrem com a doença; enquanto as 9 a 11 de estudo representam 19,4%; e 12 ou mais, 14,2% (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2020).

Diante desse quadro, em 2002, a Lei nº 10.439/2002 instituiu o dia 25 de abril como o *Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial*, com a finalidade de

conscientizar a população sobre a importância do diagnóstico preventivo e do tratamento da doença (CARDIOLOGIA, 2020).

Além disso, o Programa Saúde da Família (PSF), integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), promove o controle e diagnóstico da hipertensão, considerada em sua fase inicial ação prioritária na saúde do adulto. Sendo a hipertensão classificada como doença crônica não transmissível, a importância das condições crônicas como “necessidades em saúde” resultou na publicação da Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, que instituiu a Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, com o objetivo de proporcionar a reorganização do cuidado, sua qualificação, ampliar suas estratégias e também promover a saúde e a prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2020).

Inserem no contexto da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas, os serviços de atenção primária, visando o cuidado integral e contínuo da população atendida, assim como os serviços de atenção especializada, que correspondem a ações e serviços de urgência, ambulatoriais, especializados e hospitalares, servindo como apoio e complemento aos serviços de atenção primária (RADOVANOVIC et al., 2020).

Especificamente no combate à hipertensão um dos resultados mais significativos foi a criação do programa Hiperdia, proveniente do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, lançado em 2001 pelo Ministério da Saúde. O objetivo, nesse caso, é garantir o acompanhamento e tratamento sistemático do paciente, por meio de ações de capacitação profissional e reorganização dos serviços (SAÚDE, 2020).

Estabelecido como uma estratégia de acompanhamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos, com as funções de vincular o paciente à Unidade Básica de Saúde (UBS) e à Equipe de Saúde da Família (ESF), o Hiperdia é uma ação de atenção primária à saúde, promovida em parceria com profissionais da Estratégia Saúde da Família, que visa, além de acompanhar e tratar, recuperar a autonomia do paciente, conscientizando-o sobre sua responsabilidade em seu processo de saúde (BRASIL, 2020).

O principal objetivo do tratamento da hipertensão é reduzir a morbimortalidade cardiovascular. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), dados de estudos clínicos de desfechos demonstram os benefícios do tratamento com diuréticos; inibidores da enzima conversora de angiotensina; e bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II, ocorrendo na maioria dessas análises uma associação dessas três substâncias. Observou-se, no entanto, que a proteção contra risco cardiovascular não depende especificamente do medicamento, mas sim da redução dos níveis de PA (CARDIOLOGIA, 2020).

Sendo a prevenção a principal prevenção da hipertensão e, conseqüentemente, das doenças cardiovasculares, é evidente a importância de ações de conscientização de pacientes, a exemplo da promovida por esse estudo. Com base em inúmeros estudos realizados com o propósito de identificar quais ações preventivas são eficazes no combate à hipertensão,

observa-se que mudanças no estilo de vida são as mais eficientes (SILVA; MANTOVANII; KALINKEI, 2020).

Inserem-se nesse contexto a importância do controle do peso, que, em excesso, se torna um preditor significativo e independente do nível de PA. Muitos estudos demonstraram que a perda de peso é uma intervenção eficaz para reduzir a PA em indivíduos com sobrepeso e obesos. Entre os mais recentes, Keyserling et al (2016) observaram que intervenções de manutenção da perda de peso, durante o período de dois meses, provocaram uma alteração na PA sistólica média de 6,4 mmHg e de 3,7 mmHg na PA diastólica, enquanto Brill (2011), em análise de 810 participantes, constatou que uma redução de 10 kg no peso total causou uma redução de 5-20 mmHg na PA sistólica (RADOVANOVIC et al., 2020).

Assim como o excesso de peso, o tipo de alimento que compõe a dieta é capaz de impactar potencialmente os níveis de PA. Por meio da dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension/ Abordagens Dietéticas para Parar a Hipertensão) foi possível compreender que a manutenção de um padrão alimentar baixo em gordura, rico em frutas, vegetais, laticínios com baixo teor de gordura, alimentos integrais, carnes magras, peixes, aves, nozes e baixo teor de sódio e açúcar é benéfico para a manutenção dos níveis pressóricos. Estudos realizados com base nas diretrizes da dieta DASH reforçam seus benefícios. Em pesquisa, Svetkey et al (2004), por exemplo, testaram a dieta DASH em 810 indivíduos, observando uma redução média de 4,3 mmHg na PA sistólica e 2,6 mmHg diastólica. Por meio de uma análise sobre o impacto da dieta DASH no controle da PA, durante seis meses, Lien et al (2007) verificaram uma mudança média na PA sistólica de 8,4 mmHg e de 3,18 mmHg na PA diastólica (BRASIL, 2020).

A relação entre o consumo de sal em excesso e o aumento dos níveis de PA já está bem estabelecido na literatura. A redução da ingestão, portanto, promove um declínio na PA de pacientes hipertensos. No estudo conduzido por Dickenson et al (2006), após oito semanas de restrição de sódio foi possível observar uma diminuição da PA sistólica de 4,7 mmHg e 2,5 mmHg da PA diastólica. Dickey & Janick (2001), por sua vez, constataram que a baixa ingestão de sódio alterou, em média, a PA sistólica em 3,7 mmHg e a PA diastólica em 2,0 mmHg (SAÚDE, 2020).

A adoção de uma dieta equilibrada, a prática de atividades físicas impacta positivamente na saúde de pacientes hipertensos. Essa é outra afirmação, comprovada em diversos estudos sobre o tema.

4 Metodologia

O projeto de intervenção do ESF 15 de São Borja-RS será a melhora dos níveis de pressão arterial nos pacientes com diagnóstico de hipertensão essencial. Concomitantemente, o projeto objetiva uma melhor adesão a práticas alimentares saudáveis, com menor ingestão de sódio e gordura, um programa sustentável de atividades físicas, além de estratégias do manejo do stress e ansiedade, todos sabidamente envolvidos na gênese e manutenção da hipertensão arterial.

O objetivo a ser atingido consiste em, num prazo de 60 dias, normalizar os índices pressóricos dos pacientes que, apesar de terem um ou mais fármacos anti-hipertensivos prescritos, não atingiram os níveis consensualmente considerados normais.

No dia zero, que coincidirá com a reunião do grupo de hipertensos para palestra, renovação de receitas e dispensação de medicamentos, será exibida a proposta à população e selecionados os pacientes com base na pressão aferida no momento bem como o histórico de descontrole pressóricos registrados em prontuário. Serão selecionados os pacientes que apresentarem índices pressóricos sistólicos superiores a 140 mmHg e diastólicos superiores a 90 mmHg, ou seja, índices de hipertensão de grau 1 ou mais.

Além disso, o paciente deverá ter os índices pressóricos nos mesmos níveis registrados em prontuário em pelo menos 50% das últimas 10 aferições registradas em prontuários. Pacientes pontuando normais no dia zero serão excluídos do estudo. Uma vez selecionado o público alvo, serão agendadas na semana 1 visitas domiciliares do médico da unidade, no turno da tarde, aos pacientes selecionados, para nova consulta, exame físico e solicitação de exames complementares, caso necessários. As consultas serão repetidas na semana 5, para nova checagem e análise de exames.

A equipe de nutricionista, psicólogo e educador físico realizarão as visitas nas 3 semanas subsequentes, com uma revisão cada após 4 semanas, encerrando-se o ciclo. Assim, cada paciente terá recebido duas visitas do médico, duas do psicólogo, duas do nutricionista e duas do educador físico. No dia 60, que chamaremos dia D, uma nova reunião do grupo de hipertensos será realizada, onde os índices pressóricos serão novamente aferidos. Terão sido consideradas intervenções ótimas os pacientes que aferir pressão normal em 9 das 10 aferições (1 dia zero, 8 nas visitas domiciliares e 1 no dia D). Terão sido consideradas intervenções satisfatórias pacientes que aferirem pressão normal em 6 a 8 aferições e insatisfatórios os pacientes que aferirem normal em menos de 6 aferições.

5 Resultados Esperados

Dados da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial revelam que, no Brasil, a hipertensão atinge 36 milhões (32,5%) dos indivíduos adultos e mais de 60% dos idosos, registrando participação direta ou indireta em 50% das mortes por doença cardiovascular. Os índices alarmantes, tanto no país como no mundo, têm gerado a adoção de políticas públicas de prevenção, considerando-se que a ingestão de alimentos processados, excesso de sal na dieta e consumo de bebidas alcólicas são exemplos de fatores que contribuem para o desenvolvimento e agravamento de quadros de hipertensão (CARDIOLOGIA, 2020).

Definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo, a Promoção da Saúde é resultado da integração de diversos setores do governo municipal, estadual e federal, responsáveis pelo desenvolvimento de políticas e ações que promovam melhor condições de vida da população, assim como a oferta de serviços essenciais aos seres humanos (MACHADO et al., 2007).

No Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF), alinhado aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolve, entre diversas iniciativas, ações educativas, consideradas importantes ferramentas de incentivo à autoestima e ao autocuidado das famílias, ao gerar reflexões que conduzam a mudanças de atitudes e comportamentos. Agentes dessa mudança, os profissionais de saúde assumem o papel de facilitadores nesse processo, sendo capazes de transformar não só a vida dos indivíduos por meio de ações educativas, mas também a sociedade como um todo (MACHADO et al., 2007) (SILVA et al., 2010).

Com base na proposta educacional do PSF, este estudo buscou avaliar e orientar 20 pacientes hipertensos, atendidos pela ESF 15 Maria Cristina Surreaux Vargas, localizada na cidade de São Borja, no estado do Rio Grande do Sul.

Após comparecerem à reunião do Hiperdia, realizada no dia 22 de junho de 2020, 60 pacientes hipertensos presentes no local foram submetidos à aferição dos níveis pressóricos, sendo selecionados àqueles que apresentaram PA sistólica acima de 140 mmHg e diastólica superiores a 90 mmHg e divididos de acordo com a classificação:

Hipertensão estágio 1: Pressão sistólica – 140-159 e Pressão diastólica – 90-99

Hipertensão estágio 2: Pressão sistólica – 160-179 e Pressão diastólica – 100-109

Hipertensão estágio 3: Pressão sistólica – 180 e Pressão diastólica – 110

Dos 20 pacientes selecionados, 5 (cinco) foram classificados como hipertensos estágio 1; 11 (onze) hipertensos estágio 2; e 4 (quatro) hipertensos estágio 3. Durante dois meses, posteriores à reunião inicial, esses pacientes receberam as visitas periódicas do médico da unidade e da equipe multidisciplinar (nutricionista, psicólogo e educador físico). Além da avaliação física dos pacientes, o médico da unidade solicitou e analisou os exames complementares nos casos considerados necessários, em duas visitas médicas, enquanto a

equipe multidisciplinar, em visitas quinzenais, avaliou e orientou os participantes sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividades físicas e manutenção do bem-estar.

No dia 24 de agosto de 2020, a reunião final foi realizada, com o objetivo de reavaliar os participantes, submetidos à nova aferição dos níveis pressóricos. Os cinco pacientes anteriormente classificados como hipertensos estágio 1 registraram resultados “ótimos”, com níveis pressóricos normais em nove das 10 aferições, sendo uma no dia da reunião inicial, oito nas visitas médicas e multidisciplinares e uma no encontro final do estudo.

Entre os 11 pacientes hipertensos estágio 2, seis obtiveram resultados “ótimos”, enquanto cinco alcançaram resultados “satisfatórios”, com níveis pressóricos normais entre seis e oito aferições. Todos os quatro pacientes classificados como hipertensos estágio 3 apresentaram resultados “insatisfatórios”, correspondentes a níveis pressóricos normais em menos de seis aferições.

Esses resultados permitiram concluir que as intervenções não medicamentosas são satisfatórias em casos de hipertensão estágio 1 e 2, no entanto insuficientes nos pacientes hipertensos estágio 3.

Referências

- BRASIL, M. da S. *Política Nacional de Atenção Básica*. 2020. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf>. Acesso em: 25 Ago. 2020. Citado 4 vezes nas páginas 14, 15, 16 e 17.
- CARDIOLOGIA, S. Sociedade Brasileira de. *7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. 2020. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 25 Ago. 2020. Citado 4 vezes nas páginas 14, 15, 16 e 21.
- MACHADO, M. de F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do sus - uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*, p. 335–342, 2007. Citado na página 21.
- PASSOS, V. M. de A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. *Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional*. 2020. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000100003>. Acesso em: 25 Ago. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.
- RADOVANOVIC, C. A. T. et al. *Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos*. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf>. Acesso em: 25 Ago. 2020. Citado 5 vezes nas páginas 13, 14, 15, 16 e 17.
- SAÚDE, W. Organização Mundial da. *Cadernos de atenção Básica - Hipertensão arterial*. 2020. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/404144/>>. Acesso em: 25 Ago. 2020. Citado 4 vezes nas páginas 13, 14, 16 e 17.
- SILVA, C. M. da C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciênc. saúde coletiva*, p. 2539–2550, 2010. Citado na página 21.
- SILVA, J. V. M. da; MANTOVANII, M. de F.; KALINKEI, L. P. *Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários*. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0626.pdf>>. Acesso em: 25 Ago. 2020. Citado 3 vezes nas páginas 14, 15 e 16.