



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Maidelis Valdes Moreno

Intervenção educativa para melhorar a qualidade de vida de pacientes com hipertensão arterial sistêmica na UBS Bom Pastor, Município Cariacica, Espírito Santo, Brasil.

Rio de Janeiro
2015

Maidelis Valdes Moreno

Intervenção educativa para melhorar a qualidade de vida de pacientes com hipertensão arterial sistêmica na UBS Bom Pastor, Município Cariacica, Espírito Santo, Brasil.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientadora: Juliana Montez Ferreira

Rio de Janeiro

2015

RESUMO

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a hipertensão arterial sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo atual. No Brasil estima-se que um em cada cinco habitantes seja portador dessa doença. A falta de conhecimento da população sobre seus problemas de saúde e a importância das mudanças de estilo de vida para o controle das doenças crônicas não transmissíveis são uns dos principais problemas que provoca o número elevado de hipertensos mal controlados. A partir desses problemas, observa-se a necessidade de fazer um estudo da população, com o objetivo de desenvolver um plano de intervenção para melhorar o nível de educação em saúde da comunidade atendida na unidade de saúde Bom Pastor no município de Cariacica, Espírito Santo. A partir da implementação do plano de ações propostas pretende-se o cuidado da pessoa com hipertensão arterial, evitar as complicações e a morte, por meio do controle da pressão arterial, permitindo a melhoria da qualidade de vida. É imprescindível que o sujeito compreenda o processo da doença e participe da mudança do estilo de vida por meio das atividades de educação em saúde.

Palavras-chave: Hipertensão; Estilo de vida; Projeto.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
1.1 Situação Problema	5
1.2 Justificativa	6
1.3 Objetivos	7
Objetivo Geral	7
Objetivo Específico	7
2. REVISÃO DE LITERATURA	8
3. METODOLOGIA	20
3.1 Público-alvo.....	20
3.2 Desenho da Operação	20
3.3 Parcerias Estabelecidas	24
3.4 Recursos Necessários	24
3.5 Orçamento	24
3.6 Cronograma de Execução	24
3.7 Resultados Esperados	25
3.8 Avaliação	25
4. CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS	27

1. INTRODUÇÃO

Considerando a importância da Saúde da Família e a necessidade de que esse modelo conte com profissionais de boa qualificação para o trabalho em Atenção Primária à Saúde (APS), diferentes modalidades de capacitação e desenvolvimento profissional têm sido desenvolvidas – especialmente o curso de especialização em saúde da família e comunidade da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), graças a oportunidade de participar no mesmo podemos desenvolver este trabalho, incrementando nossos conhecimentos profissionais e desejos de ajudar na melhoria da saúde e qualidade de vida da população.

A hipertensão arterial (HA) é uma síndrome de origem multifatorial, sendo um dos maiores problemas na área de saúde pública e tem sido reconhecida como grave fator de risco para as doenças cardiovasculares.

É conceituada como uma doença sistêmica que envolve alterações nas estruturas das artérias e do miocárdio associada à disfunção endotelial e constrição e remodelamento da musculatura lisa vascular. A HA atualmente é definida de acordo com valores pressóricos, nas quais níveis iguais ou superiores a 140/90 mmHg, identificados em duas ou mais verificações da pressão arterial, diagnosticam a doença. (OLIVEIRA, 2011).

A hipertensão arterial é uma doença que acomete 28,5 % dos brasileiros, e que, se não for tratada e controlada, resulta em graves complicações.

Estudos quantitativos atuais contabilizam que há 600 milhões de hipertensos no mundo. Calcula-se que essa doença causa a morte de 7,1 milhões de pessoas, equivalente a 13% do total de óbitos. No Brasil, de acordo com o Sétimo Consenso Brasileiro para o Tratamento da Hipertensão Arterial - JAMA, cerca de 17 milhões de brasileiros são hipertensos, e a maior parte são pessoas em idade economicamente ativa, aumentando consideravelmente os custos sociais por invalidez e absenteísmo ao trabalho.

Alimentação rica em sódio e gorduras, ausência de exercício físico regular, tabagismo, etilismo e alterações psicoemocionais são mencionados como contribuintes para a elevação da pressão arterial, considerando chave

para a instalação de doenças cardiovasculares e associação a HA. (MIO JR, 2002).

O aumento da pressão arterial com a idade não representa um comportamento biológico normal. Prevenir esse aumento é a maneira mais eficiente de combater a hipertensão arterial, evitando as dificuldades e o elevado custo social do tratamento e de suas complicações. A prevenção primária da elevação da pressão arterial pode ser obtida através de mudanças no estilo de vida, que incluam o controle do peso, da ingestão excessiva de álcool e sal, do hábito de fumar e da prática de atividade física. (OLIVEIRA, 2011).

A hipertensão arterial primária não tem cura, mas o tratamento previne as complicações. Antes de prescrever a administração de medicamentos, é recomendável adotar medidas que estimulem hábitos de vida saudáveis. (MIO JR, 2002).

A mudança do estilo de vida é uma atitude que deve ser estimulada em todos os pacientes hipertensos, durante toda a vida, independente dos níveis de pressão arterial. Existem medidas de modificação do estilo de vida que, efetivamente, têm valor comprovado na redução da pressão arterial. Há eficácia comprovada dos hábitos saudáveis na queda de valores pressóricos e na diminuição do risco para eventos cardiovasculares.

O tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial consiste em estratégias que visam mudar o estilo de vida e que podem levar à diminuição da dosagem dos medicamentos ou até mesmo à sua dispensa. Tem, como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial. (OLIVEIRA, 2011).

O tratamento não medicamentoso está indicado a todos os hipertensos e aos indivíduos mesmo que normotensos, mas de alto risco cardiovascular. Dentre essas modificações, as que comprovadamente reduzem a pressão arterial são: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade, e a não-utilização de drogas que elevam a pressão arterial. As razões que tornam as modificações do estilo de vida úteis são: (MIO JR, 2002).

- Baixo custo e risco mínimo;
- Redução da pressão arterial, favorecendo o controle de outros fatores de risco;
- Aumento da eficácia do tratamento medicamentoso;
- Redução do risco cardiovascular.

1.1 Situação-problema

Cariacica é um dos 78 municípios do estado do Espírito Santo, tendo a terceira maior população com 350 mil habitantes e é o único que faz parte do G 100, grupo que é formado pelas 100 cidades mais pobres do Brasil. Numa Pesquisa baseada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do ano de 2013 calculou a percentagem da população cadastrada com hipertensão arterial, Cariacica apresentava um percentual de 10% de hipertensos com 15 100 casos das pessoas cadastradas. (Ministério da Saúde – DATASUS– Sistema de Informação da Atenção Básica - Cadastramento Familiar).

A unidade básica de saúde Bom Pastor está situada em Campo Grande que é o centro da maior área populacional de Cariacica. De um total de 457 pacientes adultos atendidos no mês pelo programa mais médicos, 132 pacientes são hipertensos significando um total 28% das consultas, destes 132 pacientes hipertensos, 60 estavam descompensados sendo 45.45% dos mesmos, e no interrogatório ao paciente, 89 (67.42%) não conhecem sobre o tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial que não é mais que a adoção de estilos de vida saudáveis. Durante um período de um ano as cifras de pacientes hipertensos se comportaram da mesma maneira,

Este problema de saúde motivou a realização deste trabalho que tem como foco a elaboração de uma proposta de intervenção para organizar ações que contribuam para melhora a qualidade de vida dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica.

1.2 Justificativa

A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades.

Entre os fatores de risco para mortalidade, a hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg. (SCHMIDT, Maria Inês et al, 2011).

Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações e implica, na maioria das vezes, a necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida. A aquisição do conhecimento é fundamental, mas é apenas o primeiro passo. A implementação efetiva das mudanças é lenta e, por dependerem de medidas educativas, necessitam de continuidade. Devem ser promovidas por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente, e de ações coletivas de modo a ampliar o campo de ação e apresentar a melhor relação custo-benefício, podendo, assim, ser mantidas a longo prazo. (LIMA, E. R. de et al, 2012).

As ações educativas são ações que propiciam a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos problemas e de danos decorrentes das doenças não-transmissíveis (como hipertensão, diabetes, depressão etc.), atividades e ações que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, na perspectiva de emancipação das pessoas para atuar nos processos fundamentais de sua vida, como a alimentação. (SILVA JUNIOR, J. B, 2009).

Este trabalho oferece ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida e adesão real ao tratamento não medicamentoso.

1.3 Objetivos

- Objetivo geral

Ampliar os conhecimentos em saúde e melhorar a qualidade de vida a dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, assim como também a comunidade atendida pela Unidade Básica de Saúde Bom Pastor.

- Objetivos específicos

- Prevenir e controlar as doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão.
- Diminuir o número de hipertensos mal controlados e suas complicações.
- Identificar os fatores de riscos associados a hipertensão Arterial.
- Fomentar a adesão do tratamento não-medicamentoso nos pacientes com hipertensão arterial.
- Propor a adoção de um estilo saudável de vida.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Hipertensão Arterial Sistêmica

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) trazem uma grande preocupação sobre a saúde global pois é uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano, ocorrendo principalmente em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos. (SCHMIDT, 2011).

Conceitua-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), como uma condição clínica multifatorial que tem como característica níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Essas alterações funcionais dos órgãos-alvo como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos; e as alterações metabólicas estão associadas ao aumento do risco de episódios cardiovasculares fatais e não fatais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O diagnóstico da HAS incide na média aritmética da pressão arterial maior ou igual a 140/90mmHg, sendo esta verificada pelo menos três dias diferentes com intervalo de no mínimo uma semana entre as aferições, então, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as medidas dos dias subsequentes e divide-se por três. É importante verificar por pelo menos três dias, pois a constatação de um valor elevado em apenas um dia não é suficiente para diagnosticar um quadro de hipertensão. É imprescindível o cuidado ao se fazer o diagnóstico correto da HAS porque é uma doença crônica que acompanhará o paciente por toda a vida. Contudo, ressalta-se ainda que deve-se evitar verificar a PA em situações que podem alterá-la como o estresse físico em caso de dor por exemplo, ou emocional, como situações que envolvem luto, ansiedade, entre outras, pois tais fatos podem elevar o valor da PA. (BRASIL, 2013).

Os fatores de riscos desencadeadores da HAS se dividem em fatores não modificáveis e modificáveis. Os fatores risco não modificáveis são aqueles na qual o profissional de saúde não pode atuar, modificar ou tratar; já os fatores de riscos modificáveis são o alvo dos profissionais com relação ao tratamento, ressaltando que a somatória dos fatores modificáveis contribui em muito para o desenvolvimento de complicações da HAS. (Malta DC, Cezario AC, Moura L, 2006)

Os fatores não modificáveis incluem idade, sexo, grupos étnicos e antecedentes familiares portadores de HAS; Os fatores de risco modificáveis estão relacionados com hábitos de vida incluem obesidade, nível de estresse, sedentarismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas, etilismo e tipo de alimentação. (NEDER, Marta de Medeiros; BORGES, Arthur Augusto Nogueira, 2006).

O controle dos fatores de risco modificáveis ocorre pela adoção de um estilo de vida saudável, como a abolição do álcool e tabaco, realização de atividade física, perda de peso, mudança nos hábitos alimentares e também uso de medicamentos pelo paciente.

As pessoas hipertensas e a comunidade em geral devem ser informadas e educadas quanto a esses fatores; é necessário que todos saibam como os fatores de risco podem desencadear o aumento da pressão para que possam optar conscientemente por uma vida mais saudável.

- Estilo De Vida E Hipertensão Arterial

O estilo de vida é compreendido como um modo de viver que conduz à maneira de ser do sujeito, aos hábitos e suas expressões. A forma de vida da pessoa varia de acordo com o grupo social e cultural em que a mesma se encontra inserida. A decisão do indivíduo para manter uma forma peculiar de vida envolve os aspectos externos e os processos mentais. Num determinado sentido, os chamados fatores de riscos, como tabagismo, etilismo, alimentação inadequada, sedentarismo e estresse, são formas adaptativas do sujeito diante das tensões do cotidiano. (Lessa I, 2007).

A hipertensão arterial é uma doença atual, resultante das condições de vida do homem moderno, que expressa sua forma de viver e as contradições sociais existentes. Esse agravo representa um alto custo social na saúde, por causar enfermidades secundárias de peso, tais como: doença cerebrovasculares, transtornos cardíacos e complicações renais, que podem levar à incapacidade e à morbidade. (Lessa I, 2007).

Entende-se que o estilo de vida envolve a subjetividade do sujeito em seu contexto social, de modo que a objetivação da saúde e ou da doença tem uma dimensão psicossomática, que não pode ser ignorada nas intervenções de saúde.

Desse modo, as doenças, além dos aspectos sociais e fisiopatológicos, possuem associação com a emoção, na qual as condições corporais afetam a mente e vice-versa, num processo complexo e relacionado com o meio. A manifestação da doença não pode ser explicada apenas por relação de causa e efeito, mas pelo contexto social e pelo estilo de vida que o indivíduo, como ser biológico e psicológico, se encontra inserido.

- Tratamento não-medicamentoso

A adoção de um estilo saudável de vida é fundamental no tratamento de hipertensos, particularmente quando há síndrome metabólica. (OLIVEIRA, Thatiane Lopes. et al, 2013).

Os principais fatores ambientais modificáveis da hipertensão arterial são os hábitos alimentares inadequados, principalmente ingestão excessiva de sal e baixo consumo de vegetais, sedentarismo, obesidade e consumo exagerado de álcool, podendo-se obter redução da pressão arterial e diminuição do risco cardiovascular controlando esses fatores (Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, 2003) (Tabela 1).

1. Controle de peso

Hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de emagrecimento com restrição de ingestão calórica e aumento de atividade física. A meta é alcançar índice de massa corporal inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja suficiente para reduzir a pressão arterial. A redução do peso está relacionada à queda da insulina no sangue, à redução da sensibilidade ao sódio e à diminuição da atividade do sistema nervoso simpático. (World Health Organization, Obesity, 2006).

2. Padrão alimentar

O consumo dos alimentos pode levar à ingestão de certos nutrientes que induzem respostas às vezes indesejáveis na pressão arterial e no sistema cardiovascular. Os alimentos “de risco”, ricos em sódio e gorduras saturadas, por

exemplo, devem ser evitados, ao passo que os “de proteção”, ricos em fibras e potássio, são permitidos.

Padrão alimentar é definido como o perfil do consumo de alimentos pelo indivíduo ao longo de um determinado período de tempo. É utilizado no estudo da relação entre a ingestão de certos nutrientes e o risco de doenças, pois permite uma compreensão mais clara sobre a alimentação como um todo, em lugar de se considerarem os nutrientes individualmente. A dieta preconizada pelo estudo DASH (Dietary Approachs to Stop Hypertension) mostrou benefícios no controle da pressão arterial, inclusive em pacientes fazendo uso de anti-hipertensivos. Enfatiza o consumo de frutas, verduras, alimentos integrais, leite desnatado e derivados, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol, maior quantidade de fibras, potássio, cálcio e magnésio. Associada à redução no consumo de sal, mostra benefícios ainda mais evidentes, sendo, portanto, fortemente recomendada para hipertensos. Compõe-se de quatro a cinco porções de frutas, quatro a cinco porções de vegetais e duas a três porções de laticínios desnatados por dia, com menos de 25% de gordura. (OLIVEIRA, Thatiane Lopes. et al, 2013).

Dietas vegetarianas podem ocasionar discreta redução na pressão arterial sistólica em hipertensos leves. O estilo de vida vegetariano com atividade física regular, controle de peso, aumento do consumo de potássio e baixa ingestão de álcool e a dieta em si, rica em fibras, pode ser favorável na redução do risco cardiovascular.

O hábito alimentar dos hipertensos deve incluir: redução da quantidade de sal na elaboração de alimentos; retirada do saleiro da mesa; restrição das fontes industrializadas de sal: molhos prontos, sopas em pó, embutidos, conservas, enlatados, congelados, defumados e salgados de pacote tipo *snacks* ; uso restrito ou abolição de bebidas alcoólicas; preferência por temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, em substituição aos similares industrializados; redução de alimentos de alta densidade calórica, substituindo doces e derivados do açúcar por carboidratos complexos e frutas, diminuindo o consumo de bebidas açucaradas e dando preferência a adoçantes não calóricos; inclusão de, pelo menos, cinco porções de frutas/verduras no plano alimentar diário, com ênfase em vegetais ou frutas cítricas e cereais integrais; opção por alimentos com reduzido teor de gordura, eliminando as gorduras hidrogenadas (“trans”) e preferindo as do tipo mono ou poli-insaturadas, presentes nas fontes de origem vegetal, exceto dendê e

coco; ingestão adequada de cálcio pelo uso de produtos lácteos, de preferência desnatados; busca de forma prazerosa e palatável de preparo dos alimentos: assados, crus e grelhados; plano alimentar que atenda às exigências de uma alimentação saudável, do controle do peso corporal, das preferências pessoais e do poder aquisitivo do indivíduo/família. (OLIVEIRA, Thatiane Lopes. et al, 2013)

**Tabela 1 - Modificações do estilo de vida no controle da pressão arterial
(adaptado do JNC VII) ***

Modificação	Recomendação	Redução aproximada na PAS**
Controle de peso	Manter o peso corporal na faixa normal (Índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m ²)	5 a 20 mmHg para cada 10 kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais de 100 mmol/dia = 2,4 g de sódio (6 g de sal/dia = 4 colheres de café rasas de sal = 4 g + 2 g de sal próprio dos alimentos)	2 a 8 mmHg
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo a 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para mulheres	2 a 4 mmHg
Exercício físico	Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 a 5 vezes/semana	4 a 9 mmHg

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

Suplementação de potássio:

A suplementação de potássio promove redução modesta da pressão arterial. Sua ingestão na dieta pode ser aumentada pela escolha de alimentos pobres em sódio e ricos em potássio, como feijões, ervilha, vegetais de cor verde-escuro, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata inglesa e laranja.

É razoável a recomendação de níveis de ingestão de potássio de 4,7 g/dia. Para a população saudável com função renal normal, a ingestão de potássio pode ser superior a 4,7 g/dia sem oferecer riscos, porque o excesso será excretado pelos rins. Entretanto, para indivíduos com função renal diminuída (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min), é apropriada a ingestão de potássio inferior a 4,7 g/dia pelos riscos de hiperpotassemia. (MENDES, E. V, 2012)

Recomenda-se cautela com medicamentos à base de potássio, como expectorantes, em indivíduos suscetíveis à hiperpotassemia, principalmente pacientes com insuficiência renal ou em uso de inibidor da ECA, antagonista do receptor AT1 ou diuréticos poupadores de potássio.

Suplementação de cálcio e magnésio:

Dieta com frutas, verduras e laticínios de baixo teor de gordura apresenta quantidades apreciáveis de cálcio, magnésio e potássio, proporcionando efeito favorável em relação à redução da pressão arterial e de acidente vascular cerebral.

Não existem dados suficientes para recomendar suplementação de cálcio ou magnésio como medida para baixar a pressão arterial, se não houver hipocalcemia ou hipomagnesemia. Além disso, suplementação de cálcio excedendo 1 g/dia pode aumentar o risco de litíase renal. (MENDES, E. V, 2012)

3. Redução do consumo de sal

Inúmeras evidências mostram benefícios na restrição do consumo de sal: a) redução da pressão arterial; b) menor prevalência de complicações cardiovasculares; c) menor incremento da pressão arterial com o envelhecimento; d) possibilidade de prevenir a elevação da pressão arterial; e) regressão de hipertrofia miocárdica.

Estudos randomizados comparando dieta hipossódica com a dieta habitual, com ou sem redução de peso, demonstram efeito favorável, embora modesto, na redução da pressão arterial com a restrição de sal. Há evidências de que a pressão arterial varia diretamente com o consumo de sal tanto em normotensos como em hipertensos. Portanto, mesmo reduções modestas no consumo diário podem produzir benefícios.

A dieta habitual contém de 10 a 12 g/dia de sal (A)(31). É saudável uma pessoa ingerir até 6 g de sal por dia (100 mmol ou 2,4 g/dia de sódio), correspondente a quatro colheres de café (4 g) rasas de sal adicionadas aos alimentos, que contêm 2 g de sal. Para tanto, recomenda-se reduzir o sal adicionado aos alimentos, evitar o saleiro à mesa e reduzir ou abolir os alimentos industrializados, como enlatados, conservas, frios, embutidos, sopas, temperos, molhos prontos e salgadinhos. Por outro lado, a redução excessiva do consumo de sal também deve ser evitada, principalmente em pacientes em uso de diuréticos, podendo provocar hiponatremia, hipovolemia e hemoconcentração. (MENDES, E. V,2012).

O uso de cloreto de potássio em lugar do sal, como forma de redução do consumo de sódio ou suplementação de potássio, pode ser recomendado, porém é absolutamente contra-indicado em pacientes com risco de hiperpotassemia. (MENDES, E. V,2012).

4. Moderação no Consumo de Bebidas Alcoólicas

Recomenda-se limitar o consumo de bebidas alcoólicas a, no máximo, 30 g/dia de etanol (33) para homens e 15 g/dia para mulheres ou indivíduos de baixo peso (Tabela 2). Aos pacientes que não se enquadrarem nesses limites de consumo, sugere-se o abandono. (GOULART, Flávio A. de Andrade, 2011).

Tabela 2 - Características das bebidas alcoólicas mais comuns

Bebida	% de etanol (° GL Gay Lussac)	Quantidade de etanol (g) em 100 ml	Volume para 30 g de etanol	Consumo máximo tolerado
Cerveja	~ 6% (3-8)	6 g/100 ml x 0,8* = 4,8 g	625 ml	~ 2 latas (350 x 2 = 700 ml) ou 1 garrafa (650 ml)
Vinho	~ 12% (5-13)	12 g/100 ml x 0,8* = 9,6 g	312,5 ml	~ 2 taças de 150 ml ou 1 taça de 300 ml
Uísque, vodka, aguardente	~ 40% (30-50)	40 g/100 ml x 0,8* = 32 g	93,7 ml	~ 2 doses de 50 ml ou 3 doses de 30 ml

* *Densidade do etanol.*

5. Exercício físico

A prática regular de exercícios físicos é recomendada para todos os hipertensos, inclusive aqueles sob tratamento medicamentoso, porque reduz a pressão arterial sistólica/diastólica em 6,9/4,9 mmHg (Tabela 3). Além disso, o exercício físico pode reduzir o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade geral. (Whelton SP, et al, 2012).

Tabela 3 - Recomendação de atividade física

Recomendação populacional:

Todo adulto deve realizar pelo menos 30 minutos de atividades físicas moderadas de forma contínua ou acumulada em pelo menos 5 dias da semana.

Recomendação individual:

-Fazer exercícios aeróbicos (caminhada, corrida, ciclismo, dança, natação).

-Exercitar-se de 3 a 5 vezes por semana.

-Exercitar-se por, pelo menos, 30 minutos (para emagrecer, fazer 60 minutos).

-Realizar exercício em intensidade moderada, estabelecida:

a) pela respiração: sem ficar ofegante (conseguir falar frases compridas sem interrupção);

b) pelo cansaço subjetivo: sentir-se moderadamente cansado no exercício;

c) pela frequência cardíaca (FC) medida durante o exercício (forma mais precisa), que deve se manter dentro da faixa de frequência cardíaca de treinamento*

Realizar também exercícios resistidos (musculação).**

* (FC treino), cujo cálculo é feito da seguinte forma: $FC_{treino} = (FC_{máxima} - FC_{repouso}) \times \% + FC_{repouso}$, em que:

FC_{máxima}: deve ser preferencialmente estabelecida em um teste ergométrico máximo. Na sua impossibilidade, pode-se usar a fórmula: $FC_{máxima} = 220 - idade$, exceto em indivíduos em uso de betabloqueadores e/ou inibidores de canais de cálcio não-diidropiridínicos (38).

FC_{repouso}: medida após 5 minutos de repouso deitado.

%: são utilizadas duas porcentagens, uma para o limite inferior e outra para o superior da faixa de treinamento. Assim, para sedentários: 50% e 70%; para condicionados: 60% e 80%, respectivamente.

** No caso dos hipertensos, estes devem ser feitos com sobrecarga de até 50% a 60% de 1 repetição máxima (1 RM = carga máxima que se consegue levantar uma única vez) e o exercício deve ser interrompido quando a velocidade de movimento diminuir (antes da fadiga concêntrica, momento que o indivíduo não consegue mais realizar o movimento).

Antes de iniciarem programas regulares de exercício físico, os hipertensos devem ser submetidos a avaliação clínica especializada, exame pré-participação (para eventual ajuste da medicação) e recomendações médicas relacionadas aos exercícios. Hipertensos em estágio 3 só devem iniciar o exercício após controle da pressão arterial. (Whelton SP, et al, 2012).

6. Abandono do tabagismo

O tabagismo deve ser agressivamente combatido e eliminado. Hipertensos podem usar com segurança terapias reposicionais com nicotina para abandono do tabagismo. Eventual descontrole de peso observado com a abolição do tabaco, embora transitório e de pequeno impacto no risco cardiovascular, não deve ser negligenciado. (Vieira CAA, et al, 2010).

7. Controle do estresse psicoemocional

Estudos experimentais demonstram elevação transitória da pressão arterial em situações de estresse, como o estresse mental, ou elevações mais prolongadas, como nas técnicas de privação do sono. Estudos mais recentes evidenciam o efeito do estresse psicoemocional na reatividade cardiovascular e da pressão arterial, podendo contribuir para hipertensão arterial sustentada. Estudos com treinamento para controle do estresse emocional com diferentes técnicas mostraram benefícios no controle e na redução da variabilidade da pressão arterial, podendo ser utilizado como medida adicional na abordagem não-farmacológica de pacientes hipertensos. Além disso, a abordagem de aspectos psicoemocionais e psicossociais pode ser útil na melhora da adesão do paciente a medidas terapêuticas não-medicamentosas e medicamentosas. (FILHO celso ferrerira et al., 2013).

2.4 -Políticas públicas

As políticas públicas são conjuntos de programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Estado diretamente ou indiretamente, com a participação de entes públicos ou privados, que visam assegurar determinado direito de cidadania, de forma difusa ou para determinado seguimento social, cultural, étnico ou econômico. (RONCALLI, A.G.,2010).

As políticas públicas normalmente estão constituídas por instrumentos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação, encadeados de forma integrada e lógica, da seguinte forma:

- Planos (estabelecem diretrizes, prioridades e objetivos gerais a serem alcançados em períodos relativamente longos) Ex.: Plano de Enfrentamento de DCNT.

- Programas (estabelecem, por sua vez, objetivos gerais e específicos focados em determinado tema, público, conjunto institucional ou área geográfica). Ex.: Programa Academia da Saúde.

- Ações.

- Atividades.

No Brasil, muitos desafios permanecem no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente no que diz respeito à integração das políticas públicas aos serviços de saúde. Nesse sentido, a atenção básica mostra-se como peça fundamental de elo entre políticas de saúde e a comunidade, e a ESF como estrutura potencial na consolidação da promoção da saúde.

No ano de 2000, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil foi implantado pelo Ministério da Saúde, juntamente com outras organizações de saúde, com o objetivo de estabelecer diretrizes e metas para a reorganização no SUS para a atenção aos portadores dessas enfermidades, a partir da atualização dos profissionais da rede básica, do diagnóstico precoce do diabetes e da hipertensão e do encaminhamento dos pacientes diagnosticados às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento. Uma das ações desse plano é a disponibilização para estados e municípios de um sistema informatizado HiperDia que permite o cadastramento e o acompanhamento dos portadores de HA e de Diabetes Mellitus (DM), enquanto que a médio prazo, permite o desenho do perfil epidemiológico desta população. (Brasil. Ministério da Saúde, 2002).

O Plano de Atenção à Hipertensão e ao Diabetes e a implantação do HiperDia são importantes iniciativas para: o conhecimento da magnitude dessas doenças, o planejamento da aquisição de medicamentos e a capacitação profissional na rede de saúde brasileira. No entanto, "não suprem as demandas iminentes, por serem fragmentadas e centradas na assistência médica.

As mudanças nos padrões de morbimortalidade na população impõem, de forma constante, novos desafios, tanto para os gestores do setor da Saúde quanto

para outros setores governamentais, cujas ações tenham repercussão na ocorrência dessas doenças. (Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2007).

Promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, contribuíram para a melhoria da qualidade de vida.

3. METODOLOGIA

3.1 Público-alvo

Com Este projeto de intervenção queremos lograr um programa para hipertensos mais intenso e motivador, logrando mudanças de comportamento dos pacientes hipertensos, que sejam benéficas para a saúde, com interesse e comprometimento dos pacientes hipertensos e da colaboração dos profissionais de saúde, aumentando as habilidades dos pacientes para tomar decisões relacionadas com seu autocuidado e sua melhoria da qualidade de vida.

3.2 Desenho da operação

A metodologia utilizada para este trabalho foi a revisão bibliográfica através da leitura de artigos publicados na Scielo (*Scientific Eletronic Library Online*), utilizando como descritores, doenças crônicas não transmissíveis, hipertensão arterial sistêmica e educação preventiva; além de cartilhas e publicações do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, entre outros, sendo todos pertinentes ao tema.

Para orientar e viabilizar a proposta foram utilizados dados fornecidos pela Unidade de Atenção Primária à Saúde Bom Pastor no município Cariacica, em Espírito Santo, onde foi realizado o levantamento do número de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica.

Concluída a obtenção dos dados bibliográficos, seguiu-se o momento de reflexão para analisar as informações obtidas e assim, construir o plano de intervenção para alcançar os objetivos esperados.

A falta de conhecimento da população sobre seus problemas de saúde, alto índice de incidência de doenças crônicas não transmissíveis e obesidade e, principalmente, um número elevado de hipertensos mal controlados, a partir desses problemas, observa-se a necessidade de fazer um estudo da população, com o objetivo de desenvolver um plano de intervenção para melhorar o nível de educação em saúde da comunidade atendida.

O problema a ser discutido, previamente diagnosticado, é o primeiro passo para se criar um projeto de intervenção que atenda às demandas da comunidade. Através deste diagnóstico é possível planejar e gerir ações segundo às necessidades e problemas detectados, prevenindo complicações provenientes da falta de controle da doença.

As intervenções devem adotar um modelo multidimensional, multiprofissional e incorporar diversos níveis de ação, usando e integrando recursos das sociedades científicas, da universidade, do setor público e privado e do terceiro setor.

Plano de intervenção:

Políticas públicas:

- Redução dos fatores de riscos para hipertensão arterial.
- Prevenção e promoção de saúde em diferentes níveis: educacional, laboral, de lazer, comunitário e outros.
 - Vigilância epidemiológica das condições de risco da hipertensão arterial no setor público e privado.
 - Ações educativas utilizando todas as formas de mídia.
 - Manutenção e expansão da rede de equipamentos de saúde, garantindo o acesso, a qualidade e a eficiência da atenção prestada.
 - Incentivar o desenvolvimento e a implantação de programas nacional, estaduais e municipais de promoção do consumo de frutas e verduras que sejam sustentáveis e envolvam todos os setores.
 - Conscientização geral acerca dos hábitos alimentares saudáveis na prevenção da hipertensão arterial.
 - Exigir maior rigor na rotulagem do conteúdo nutricional dos alimentos com concomitante educação da população a respeito de sua importância.
 - Estabelecer normas governamentais para reduzir o conteúdo de sódio e gorduras saturadas dos alimentos industrializados.
 - Implementar políticas de conscientização da importância da atividade física para a saúde.
 - Implementar programas nacional, estaduais e municipais de incentivo à prática de atividades físicas.
 - Uso dos meios de comunicação (TV, rádio, jornal, etc.) com participação de profissionais da saúde para promoção e prevenção em saúde.

Serviços de atenção à saúde:

- Estruturar o sistema de saúde, garantindo e facilitando o acesso, objetivando o enfoque no cuidado contínuo e promoção de hábitos saudáveis de vida.
- Expansão do programa de saúde da família em todas as áreas, municípios, para melhorar o acesso a população e a educação em saúde.
- Implementar práticas assistenciais que permitam a participação e o diálogo entre profissionais, usuários, familiares e gestores.
- Treinar e dar apoio técnico aos profissionais envolvidos sobre o planejamento comunitário e a implementação de programas.
- Capacitar e desenvolver recursos humanos, formando profissionais de saúde habilitados e capacitados para aplicar as medidas preventivas da hipertensão arterial.
- Fazer a interface entre os setores educacionais da sua área de abrangência (escolas de 1º e 2º grau, profissionalizantes e universidades).
- Formar parcerias com centros acadêmicos para fortalecer o componente de avaliação e ampliar a participação em pesquisas.
- Estimular a colaboração entre serviços públicos de saúde e de esportes (atividade física), visando um atendimento à comunidade mais integral para a adoção de um estilo de vida ativo.
- Ampliar formação profissional que busquem reorientar as atitudes dos trabalhadores de saúde na relação com a população.
- Garantia de infraestrutura e equipamentos para as ações educativas.

Atividades comunitárias:

É importante que a comunidade, se sinta protagonista e implicada nas ações de saúde. As ações de saúde são entendidas como ações educativas em que tanto profissionais como usuários aprendem e ensinam, transformando pacientes em cidadãos co-partícipes do processo de construção da saúde.

- Apoiar a mobilização social e a intervenção na comunidade voltadas à prevenção integrada dos fatores de risco para hipertensão arterial.
- Identificar líderes, grupos organizados e instituições para a formação de coalizões e alianças estratégicas.

- Capacitar grupos estratégicos da comunidade em questões que tratam de gerenciamento de projetos e prevenção dos fatores de risco para hipertensão arterial.
- Promover campanhas temáticas periódicas, como Dia Municipal, Estadual e/ou Nacional de prevenção à hipertensão arterial.
- Criar áreas esportivas abertas para todos dentro das comunidades para fomentar a realização de atividade física.
- Criar grupos de hipertensos nas unidades, na comunidade, onde valorizando a experiência do hipertenso podemos fazer trocas de conhecimento entre os atores envolvidos com único objetivo de ensinar a cuidar da saúde.
- Encontros abertos, em média de 1 hora de duração, denominados Círculos de Cultura. Neste espaço, aproximam-se pesquisadores e participantes da pesquisa para investigação de um assunto de interesse do investigador (HAS).
- Exibição e discussão coletiva de vídeos com a comunidade também constitui um instrumento para a educação popular em saúde.
- Criação de um folheto comunitário onde os profissionais de saúde em conjunto com a comunidade publiquem temas de saúde e as problemáticas em saúde que afetam a comunidade.
- Capacitação de pessoas da comunidade que desejem contribuir a criar grupos para a realização de atividade física com regularidade.
- Organização de grupos comunitários no combate das doenças crônicas entre outras.
- Atividades coletivas ou individuais na comunidade onde o usuário seja reconhecido como cidadão nos grupos que não os estigmatizam como doentes, pois são ouvidos e estimulados a viver atividades de promoção da saúde (exercícios, alimentação, hábitos).
- Realizar educação em saúde em qualquer ambiente onde são executadas as atividades profissionais de cuidado; como enfermarias, consultórios, salas de aula, grupo terapêutico, unidades de saúde, salas de espera e outros, desde que haja um propósito e ambiente propício.
- Estimular (em consulta, nas comunidades, nas visitas domiciliar, nas palestras, etc.) ao indivíduo a sua própria autonomia no cuidado de sua própria saúde e o incentivo à sua participação ativa no controle social do sistema de saúde do qual é usuário

3.3 Parcerias Estabelecidas

Líderes comunitários. Ações intersetoriais com setor de comunicação, esporte e educação.

3.4 Recursos Necessários

Os recursos necessários serão avaliados após reuniões para programar as ações em cada setor. Na unidade de saúde de Bom Pastor e na comunidade utilizaremos recursos como material de escritório e recursos humanos da equipe.

3.5 Orçamento

Para as atividades realizadas na unidade não serão necessário um orçamento próprio se utilizando de recursos já existentes; As demais ações terão orçamento após às reuniões e propostas com os demais setores.

3.6 Cronograma de execução

Atividades 2015	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho
Elaboração do projeto						
Estudo do referencial teórico						
Coleta de dados						
Análise dos						

resultados						
Revisão final e digitação Aprovação do Projeto						
Entrega do trabalho						
Divulgação dos resultados						

3.7 Resultados esperados

As metas a serem alcançadas por este projeto são: diminuir o índice de hipertensos na região; prevenir complicações provenientes da falta de controle da doença, conseguir maior adesão dos pacientes ao tratamento não medicamentoso, à alimentação saudável e à prática de exercícios físicos, obtenção de conhecimento sobre educação preventiva e que o paciente aprenda como ter maior autocuidado para melhor qualidade de vida.

3.8 Avaliação

A avaliação será qualitativa durante as reuniões de equipe com os profissionais participantes e em reuniões comunitárias com a participação das famílias.

4. CONCLUSÃO

Este trabalho emerge de nosso cotidiano, que lida com as formas de vidas de pacientes numa unidade básica de saúde e na comunidade. Desse modo, temos o intuito de conhecer melhor o estilo de vida do usuário, relacionando-o com o cuidado em saúde. O conceito de estilo de vida passou a ser adotado para explicar a ocorrência de agravos à saúde, nos quais o modo de vida do sujeito tem um papel importante.

Os resultados deste estudo contribuíram de forma significativa para um olhar mais reflexivo a respeito de nossa prática profissional, através de intervenções, visando à prevenção e/o controle dos fatores de risco modificáveis mediante a modificações de estilos de vida, ao melhor controle das doenças crônicas e diminuição de suas complicações.

É importante que, na abordagem terapêutica do paciente hipertenso, tenhamos sempre em mente a necessidade de estimular a mudança de estilo de vida, através de modificações dietético-comportamentais, que contribuirão, em muito, para o melhor controle da pressão arterial. Essas mudanças devem ser complementadas pela atuação de uma equipe multidisciplinar de saúde.

Em conclusão, o controle não-farmacológico da HA é importante e necessário, embora se mostre de difícil execução, alterar hábitos é tarefa difícil, sobretudo os alimentares. Porém, a mudança de estilo de vida está relacionada a ações educativas e a necessidade imperiosa de cada indivíduo frente aos seus problemas de saúde e a sua resolução de querer atingir seu nível funcional ótimo.

REFERÊNCIAS

- OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Revista Bioquímica da Hipertensão. São Paulo – SP, 2011. Disponível em <<http://bioquimicadahipertensao2011.blogspot.com>>.
- MIO JR, D. Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2002.
- SCHMIDT, Maria Inês et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Porto Alegre: 2011. Disponível on-line: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/pdf/brazilpor41.pdf>.
- LIMA, E. R. de et al. PERCEPÇÃO DOS CLIENTES HIPERTENSOS ACERCA DAS COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. Brasil: revista interfaces, 2012.
- SILVA JUNIOR, J. B. As doenças transmissíveis no Brasil: tendências e novos desafios para o Sistema Único de Saúde. In: Ministério da Saúde, ed. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH VI. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Hipertensão, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- Malta DC, Cezario AC, Moura L. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. Epidemiol Serv Saúde 2006; 15(3):47-65.
- NEDER, Marta de Medeiros; BORGES, Arthur Augusto Nogueira. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: o que avançamos no conhecimento de sua epidemiologia? Cuiabá: 2006. Disponível on-line: www.bireme.br/cgi-bin.
- Lessa I. Epidemiologia Insuficiência Cardíaca e da Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil. Rev Bras de Hipertensão 2007;8:383-392.
- OLIVEIRA, Thatiane Lopes. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso no tratamento da hipertensão arterial. Acta Paul Enferm, v. 26, n.2, p.179-84. 2013.
- Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003. (<http://www.who.int/hpr/gf.facts.shtml>).
- World Health Organization. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. WHO/NUT/NCD 98.1. Genebra, jun 2006.

MENDES, E. V. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da Consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

GOULART, Flávio A. de Andrade. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde. Brasília: 2011.

Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2012;136:493–503.

Viegas CAA, Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJP, Torres BS. Diretrizes para cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol* 2010;30(Supl2):S1-S76.

FILHO celso ferrerira et al. como diagnosticar y tratar a hipertensao arterial sistematica. 2012. Disponível em: <http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4124>. Acesso em: 13 Fev. 2013.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: ARTMED, 2010. Cap. 2. p. 28-49. ISBN: 853630166X.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus: programa de educação permanente em Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus para os municípios com população acima de 100 mil habitantes. Brasília, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. 2007.