

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA
REGIÃO MATA ATLANTICA– TURMA II**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES PORTADORES DE
FATORES DE RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA DA
ETNIA INDIGENA XUCURU DE CIMBRES NO MUNICÍPIO DE
PESQUEIRA, PE.**

HECTOR DANIEL PERDOMO HERNANDEZ

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde Indígena,
da Universidade Federal de São Paulo.**

Orientadora: Prof. (a) ANA PAULA GROTTI CLEMENTE.

**SÃO PAULO
2017**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES PORTADORES DE
FATORES DE RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA DA
ETNIA INDIGENA XUCURU DE CIBRES NO MUNICÍPIO DE
PESQUEIRA, PE.**

HECTOR DANIEL PERDOMO HERNANDEZ

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde Indígena,
da Universidade Federal de São Paulo**

Orientadora: Prof. (a) ANA PAULA GROTTI CLEMENTE.

SÃO PAULO

2017

AGRADECIMENTOS.

Agradeço a minha orientadora, pela paciência, compreensão e ajuda na elaboração deste projeto de intervenção, valorizo muito os seus critérios indispensáveis para a conclusão deste projeto.

Agradeço á equipe equipes multiprofissionais do polo base de saúde indígena Xucuru de Cimbres o apoio e o cálido acolhimento a nosso trabalho desde sempre.

RESUMO

A hipertensão arterial é o fator de risco mais comum para o desenvolvimento de muitas doenças cardiovasculares e é considerado um grave problema de saúde, no Polo Xukuru de Cimbres é o principal problema de saúde. Observa-se na maioria dos pacientes com HAS a presença de fatores de risco modificáveis sendo os mais frequentes: alimentação inadequada, consumo excessivo de sal, excesso de peso, sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de álcool. Assim, o objetivo desse trabalho foi elaborar um plano de intervenção educativa, na área de abrangência da etnia Indígena Xucuru de Cimbres para trabalhar os principais fatores de riscos associados à HAS e seus fatores precipitantes. O seu desenvolvimento se deu no período de Fevereiro a Maio de 2017 - e contou com a participação - de toda a equipe de saúde. As atividades foram desenvolvidas nos grupos do HIPERDIA, com o objetivo de melhorar os níveis de conhecimentos dos pacientes hipertensos, sobre os fatores de risco cardiovasculares relacionados à HAS. Foi aplicado questionário em 163 pacientes hipertensos acompanhados no HIPERDIA. Houve predomínio da prevalência de HAS no sexo feminino (36,6%); 90,8% deles tinham histórico familiar de hipertensão arterial, e dentre os fatores de risco identificados, o excesso de peso (80,4%), sedentarismo (64,4%), comer com muito sal (57,4 %) e estresse (31,3%) foram predominantes. Espera-se uma mudança de comportamento dos mesmos no sentido de tentar contribuir para a redução das complicações e morbimortalidade pela doença cardiovascular.

Palavras – chave: Hipertensão, Fatores de risco, Educação em Saúde.

LISTA DE SIGLAS

HAS	Hipertensão arterial sistêmica
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
DCV	Doença cardiovascular
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
OMS	Organização Mundial da Saúde
DSEI	Distrito sanitário especial indígena.
EMSI	Equipe Multidisciplinares de Saúde Indígena

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.	1
2. OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	7
3. METODOLOGIA.	8
4. RESULTADOS ESPERADOS.....	10
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15
7. ANEXOS.....	19

1. INTRODUÇÃO.

EPIDEMIOLOGIA:

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), de acordo com as VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg; Para o diagnóstico de HAS são utilizados os seguintes valores como ponto de corte: níveis pressóricos iguais ou superiores que 140 mmHg para a pressão arterial sistólica e/ou iguais ou superiores que 90 mmHg para a pressão arterial diastólica (Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) 2016)¹.

Ao afetar 70 milhões de americanos e 1.000 milhões de pessoas em todo o mundo, a hipertensão ainda é o fator de risco mais comum, facilmente identificável e reversível para infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial, dissecção aórtica e doença arterial periférica. Dado o aumento da obesidade e o envelhecimento da população, a carga da hipertensão está aumentando globalmente e é estimado a afetar 1.500 milhões de pessoas, um terço da população mundial até o ano 2025². Neste momento, a hipertensão arterial é responsável por 54% dos acidentes vasculares cerebrais e 47% das doenças isquêmicas do coração no mundo e causa 7,6 milhões de mortes prematuras por ano³. Portanto, a hipertensão continua a ser a principal causa de morte em todo o mundo e representa dos maiores problemas de saúde pública².

A prevalência de hipertensão está aumentando rapidamente nos países em desenvolvimento, onde o tratamento e o pobre controle da hipertensão arterial sistêmica contribuem para a crescente epidemia de doenças cardiovasculares⁴; No Brasil, a hipertensão arterial atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para o 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV)⁵.

Um estudo com 15.103 servidores públicos de seis capitais brasileiras observou prevalência de hipertensão arterial sistêmica em 35,8%, com predomínio entre homens (40,1% contra 32,2% em mulheres)⁶. O estudo Corações do Brasil observou a seguinte distribuição: 11,1% na população indígena, 10% na amarela, 26,3% na pardo-mulata; 29,4% na branca e 34,8%

na negra, O estudo ELSA-Brasil mostrou prevalências de 30,3% em brancos, 38,2% em pardos e 49,3% em negros⁶.

Em 2013 no Brasil ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de DCV, a principal causa de morte nos pais (Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)2016)¹.

Nas comunidades indígenas Xukuru do Ororubá a prevalência de hipertensão arterial identificada por Barbosa foi de 29,9%, chegando a uma prevalência de 65,7% entre os idosos⁷; Nas comunidades indígenas Kaingang, a prevalência de níveis tensionais sugestivos de HAS foi 52,4% entre os homens e 40,7% entre as mulheres⁸; O estudo dos novos padrões de mortalidade nas populações indígenas de Pernambuco em 2007 encontrou uma prevalência de Hipertensão arterial de 23,19 %⁹.

A natureza assintomática da hipertensão arterial sistêmica atrasa o diagnóstico; O tratamento efetivo requer a continuidade do atendimento por um clínico experiente e exames médicos frequentes, que são menos comuns em homens e em membros de grupos minoritários de baixa renda¹⁰.

A maioria dos pacientes diagnosticados com hipertensão não manifesta um único mecanismo causador de doença; O tratamento permanece empírico, exigindo frequentemente três ou mais medicamentos com mecanismos complementares de ação, juntamente com fármacos hipolipemiantes, fármacos antiplaquetários e fármacos para condições médicas concomitantes tais como diabetes; O fardo da pílula, os custos dos medicamentos prescritos, os efeitos colaterais da medicação e o tempo insuficiente para a educação do paciente contribuem para a não adesão à medicação¹¹; Por todas essas razões, a pressão arterial permanece elevada em 140/90 mm Hg ou mais em mais da metade das pessoas afetadas nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos¹².

FATORES ASSOCIADOS:

Na maioria dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica primária, há algum determinante reconhecível que contribui para a hipertensão arterial¹³; aproximadamente 30% da hipertensão estão atribuídas ao alto teor de sal, 20% ao baixo teor de potássio, 30% à obesidade, 20% à falta de atividade física e 5% ao excesso de consumo de álcool^{14, 15,16};

Em alguns casos, a causa específica da hipertensão é desconhecida, fatores genéticos podem desempenhar um papel, e quando a hipertensão se desenvolve em pessoas com menos de 40 anos é importante excluir uma causa secundária, como doença renal, doença endócrina e malformação dos vasos sanguíneos¹⁶.

A nicotina na fumaça do cigarro aumenta temporariamente a pressão arterial em 10 ou 20 mmHg. Com o álcool, o risco de hipertensão é menor em bebedores moderados (um ou dois drinques por dia) do que os abstêmios, mas aumenta nos bebedores inveterados (três ou mais bebidas por dia)¹³.

O consumo de cafeína geralmente provoca apenas um pequeno e temporário aumento na pressão arterial; o risco de desenvolvimento da hipertensão arterial não varia com o consumo de café, mas aumenta abruptamente quando a cafeína é consumida nos refrigerantes, assim o café pode conter o antioxidante protetor polifenóis não presentes em refrigerantes².

Os hábitos alimentares podem influenciar significativamente o risco de desenvolver hipertensão, dietas com pouco consumo de frutas frescas estão associadas com risco aumentado de desenvolver hipertensão arterial sistêmica, talvez devido à menor ingestão de citratos. No entanto, os dois determinantes comportamentais mais importantes da hipertensão são a ingestão excessiva de calorias e de sódio, o risco de hipertensão aumenta com a ingestão de sódio e com a dieta e reduzida de potássio¹⁷.

Com base em evidências de revisão sistemática para a redução de sódio na dieta, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os adultos consumissem <2 g / d de sódio (equivalente a 5 g / d de sal), com menores valores para as crianças; com a iniciativa para prevenir e controlar as principais doenças não transmissíveis, a OMS estabeleceu um objetivo global de redução da ingestão dietética de sódio em 30% até 2025¹⁸.

A concordância da pressão arterial é maior em famílias do que em pessoas não relacionada, maior para gêmeos monozigóticos do que em dizigóticos, e maior entre irmãos biológicos do que entre irmãos adotivos que vivem na mesma casa. Até 70% da pressão arterial pode resultar de genes compartilhados que de um ambiente partilhado²; a variabilidade interindividual de respostas da

pressão arterial para a carga de sódio e restrição de sódio na dieta indica uma importante base genética na hipertensão arterial sistêmica¹⁹.

TRATAMENTO:

Ao analisar várias populações, verificou-se que a prevalência de hipertensão arterial aumenta linearmente com o índice médio de massa corporal. Neste momento, mais de 50% dos casos de hipertensão é secundária a obesidade².

As complicações da hipertensão estão diretamente relacionadas com a magnitude do aumento da pressão arterial e evolução temporal. O tratamento precoce da hipertensão tem benefícios importantes em termos de prevenção de complicações, bem como menor risco de mortalidade²⁰, que em grande parte pode se controlar ou prevenir com a prática de estilos de vida saudáveis²¹.

A adoção de estilos de vida saudáveis por todas as pessoas é fundamental para a prevenção de hipertensão arterial e é uma parte indispensável para o acompanhamento de pacientes hipertensos com ou sem outros fatores de risco, como a síndrome metabólica, diabetes mellitus ou obesidade²². As alterações no estilo de vida reduzem os níveis de pressão arterial e previnem ou retardam a incidência de hipertensão, melhoraram a eficácia de fármacos anti-hipertensivos e diminuem o risco cardiovascular e os custos dos sistemas de saúde pública²³; Os pacientes devem ser aconselhados a deixar o tabaco, porque é também um fator de risco para hipertensão e doença arterial Periférica²⁴.

A Hipertensão é muitas vezes associado a um risco cardiovascular em silêncio e sua prevalência está a aumentar continuamente; Dos 70 milhões de americanos estimados de sofrer de hipertensão, cerca de um terço não são diagnosticados e apenas um quarto receber tratamento eficaz²⁵; Portanto, ao contrário do que acontece no caso de hiperlipidemia, a prevalência de hipertensão está a aumentar e a frequência do tratamento continua a ser baixo, o que evidencia a necessidade de criar programas orientados a prevenção²⁶.

Parte da complexidade da hipertensão como fator de risco relacionado com as mudanças nas definições de risco e com a ideia de que a pressão arterial sistólica e pressão diferencial podem ser mais importantes do que a pressão

arterial diastólica, ao contrário do que foi ensinado durante décadas na clínica. Atualmente, a maioria dos estudos epidemiológicos reconhece a contribuição conjunta de pressão arterial sistólica e diastólica para o desenvolvimento do risco cardiovascular, um aspecto que tem condicionado as estratégias para a detecção de riscos. Especificamente, hipertensão sistólica isolada é pelo menos tão importante como a pressão arterial diastólica em mortalidade cardiovascular total e acidente vascular cerebral. Evidências apontam para o tratamento da hipertensão sistólica, mesmo em idosos²⁷. Parece, portanto, que a hipertensão sistólica isolada é um estado clínico-patológico definido, no qual o aumento da pressão arterial reflexa uma redução da elasticidade arterial, a qual não está necessariamente associada com aumento da resistência periférica ou media².

A Dieta e mudança de estilo de vida continuam a ser essenciais para a prevenção da hipertensão e ainda está coletando evidências de que tomar medidas dietéticas diminui o risco, com a redução de peso reduz significativamente a carga representada pela hipertensão²⁸; o exercício, perda de peso e obesidade a maioria dos estudos epidemiológicos têm demonstrado potente associação gradual entre os níveis de atividade física e redução da morbidade e mortalidade cardiovascular por todas as causas. Estudos observacionais têm levantado questões sobre a antiga crença de que o exercício deve ser vigoroso para ser benéfico. Em Homens e mulheres, o nível de exercício que é conseguido com apenas 30 minutos de caminhada diária proporciona benefícios importantes cardiovasculares²⁹. A atividade física continua sendo um componente essencial para reduzir os fatores de risco cardíaco, tais como a pressão arterial e a disfunção endotelial^{30, 31}.

O DSEI Pernambuco localiza-se no estado de Pernambuco, região Nordeste do Brasil e abrange uma população indígena de aproximadamente 45.908 habitantes, sendo 36.888 aldeados (Fonte: SIASI, janeiro/16), distribuídos em 15 municípios, 10 Etnias, 13 Povos, 12 polos base, 245 aldeias, 23 Equipe Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSI. O acesso às aldeias é terrestre e fluvial. Os povos que compõem o DSEI de Pernambuco são Atikum, Fulni-ô, Kambiwá, Tuxá, Kapinawá, Pankará, Pankararu, Pankararu entre Serras, Pipipá, Truká, Truká Tapera, Xukuru de Cimbres e Xukuru de Ororubá.

A população da Etnia Xukuru de Cimbres encontra-se dispersa em toda a zona urbana do município de Pesqueira, não havendo uma localização específica para esta comunidade. Há apenas uma aldeia, com uma pequena quantidade de famílias (aproximadamente 15), que fica a 12 quilômetros de distância da Cidade.

Da análise do estado de saúde da população da Comunidade Xucuru de Cimbres, verificou-se que a hipertensão arterial sistêmica ocupa o primeiro lugar das doenças crônicas não transmissíveis, com uma prevalência de 32,5 % na população maior de 18 anos; fator de risco presente em 88,8% dos falecidos por doenças do coração que são a primeira causa de morte da população Xukuru de Cimbres e com aumento de sua incidência nos últimos anos. Além disso, observamos baixa percepção de risco por parte da população e pacientes com hipertensão arterial e falta de conhecimentos com relação à doença, predisposição, precipitação e fatores agravantes da mesma. Dada à elevada incidência de hipertensão arterial sistêmica na comunidade e suas consequências, decidimos fazer o presente trabalho.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral.

Elaborar um projeto de educação em saúde visando ampliar o conhecimento dos pacientes sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e seus fatores de risco associados no povo indígena Xukuru de Cimbres, Pesqueira, Pernambuco.

Objetivos Específicos:

- a) Descrever as variáveis demográficas de idade e sexo nos pacientes com Hipertensão arterial.
- b) Caracterizar os principais fatores de riscos associados à Hipertensão arterial sistêmica nos pacientes da etnia indígena Xukuru de Cimbres.
- c) Medir o nível de conhecimento sobre a doença e seus fatores precipitantes
- d) Avaliar os resultados da intervenção educativa.

3. METODOLOGIA

Realizou-se uma intervenção educativa em saúde para elevar o nível de conhecimentos sobre os diferentes fatores de risco precipitantes e/ou agravantes da hipertensão arterial sistêmica da comunidade Xucuru de Cimbres, Pólo Base Xucuru de Cimbres, DSEI Pernambuco no período de fevereiro a Maio de 2017.

O cenário de ação foi no Polo base Xucuru de Cimbres e no centro comunitário da aldeia Santa Helena, visando que os participantes sentiram-se a vontade com as atividades realizadas.

A intervenção caracterizou-se por um processo de abrangência dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica, onde eles tiveram um papel ativo na troca de conhecimentos e análise de aspectos importantes sobre a Hipertensão arterial sistêmica; na intervenção participaram os profissionais de saúde que atuam no Polo Base, como médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e líderes comunitários.

Para desenvolver a intervenção foi realizado inicialmente uma caracterização da Microárea e um diagnóstico situacional de saúde da comunidade; para construção do referencial teórico, uma revisão da literatura de livros, teses, artigos e revistas pelo Google.

Para a execução da intervenção proposta quatro etapas foram estabelecidas:

Primeira etapa: Diagnóstico da situação de saúde na área e determinação da prevalência de hipertensão; coleta de dados, revisão bibliográfica da hipertensão arterial sistêmica e sua repercussão a nível nacional e internacional, assim como os resultados de outras investigações similares; aplicação de um formulário (apêndice 1) aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica para a identificação do nível de conhecimentos que possuem sobre os fatores de riscos associados a sua doença.

Segunda etapa: Fase de desenho das intervenções educativas.

Terceira Etapa: Fases de intervenção educativa; se programaram atividades de educativas em saúde, palestras, se aplicaram técnicas participativas: análise grupal, com um total de cinco atividades, uma a cada semana, com duração de 2 horas cada uma.

Quarta Etapa: Fase de Avaliação; depois de aplicadas a atividade na etapa de intervenção educativa foi realizada uma avaliação qualitativa mediante a aplicação do formulário projetado e o intercâmbio direto com os pacientes com Hipertensão arterial sistêmica com o objetivo de avaliar os conhecimentos adquiridos.

3.1 Universos: O universo esteve constituído pelos pacientes com diagnóstico de Hipertensão arterial sistêmica da comunidade Xucuru de Cimbres que satisfazem os critérios de inclusão, sendo a sua vez a mostra do projeto. Para esta investigação se levaram em conta os seguintes critérios:

3.2 Critérios de inclusão:

Pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, de ambos os sexos, com idade ≥ 18 anos de residência permanente na área e consentimento para a participação no estudo.

3.3 Critérios de não inclusão:

1. Pacientes com deficiência mental ou alguma doença que impossibilite sua participação.
2. As mulheres grávidas.
3. Pacientes que não aceitem participar da investigação.
4. Pacientes que se encontrem fora de área no momento da investigação.

3.4 Critérios de exclusão:

1. Morte.
2. Movendo-se fora da área.
3. Ausência de 40% ou mais das atividades programadas.

Os pacientes foram informados dos efeitos da intervenção proposta e como seria desenvolvida, explicando sua importância e motivados a participar.

4. RESULTADOS:

Tabela 1: Pacientes estudados de acordo as faixas de idades e sexo.

FAIXAS DE IDADES	SEXO								
	MASCULINO			FEMININO			TOTAL		
	NO	HAS	%	NO	HAS	%	NO	HAS	%
18-29 ANOS	60	4	6,7	94	3	3,2	154	7	4,5
30-39 ANOS	50	6	12,0	71	14	19,7	121	20	16,5
40-49 ANOS	42	8	19,0	52	22	42,3	94	30	31,9
50-59 ANOS	32	18	56,2	35	30	85,7	67	48	71,6
≥ 60 ANOS	45	20	44,4	40	38	95	85	58	68,2
TOTAL	229	56	24,4	292	107	36,6	521	163	31,3

Fonte: Elaborado pelo autor.

Neste estudo a prevalência de HAS observada foi de um 31,3 %, com um predomínio nas mulheres em relação aos homens de 36,6 % contra 24,4% e um aumento progressivo da HAS com a idade, sendo de 4,5 % na faixa de 18 a 29 anos até 68,2 % naqueles acima de 60 anos; Esses percentuais correspondem com a incidência no Brasil ⁵ e também ao encontrado por outros autores em otras comunidades indígenas da etnia Xukuru de Ororubá ⁷.

A prevalência da hipertensão aumenta com a idade, pelo menos, um quarto dos adultos e mais da metade dos maiores de 60 anos de idade tem a pressão arterial elevada³². Antes dos 50 anos de idade, as mulheres têm uma prevalência ligeiramente mais baixa de hipertensão do que os homens, após a menopausa, a prevalência de hipertensão aumenta rapidamente em mulheres superando os homens; eventualmente, por os 75 anos de idade quase 90% vai ter hipertensão².

Tabela 2. Índice de massa corporal dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica encontrado no estudo.

SEXO	INDICE DE MASSA CORPORAL								
	≤18,4		18,5-24,9		25-29,9		≥30		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
MASCULINO	0	0	8	14,2	22	39,3	26	46,4	56
FEMININO	1	0,9	23	21,5	30	28,3	53	49,5	107
TOTAL	1	0,6	31	19,0	52	31,9	79	48,4	163

Fonte: Elaborado pelo autor

Neste trabalho encontrou-se um alto índice de obesidade em 48,4 % dos pacientes com hipertensão arterial, estudos anteriores já haviam observado a forte associação entre o excesso de peso e hipertensão^{33, 34,35}.

Tabela 3. Fatores de risco relacionados com a hipertensão arterial sistêmica encontrado nos pacientes estudados.

Fatores de risco	SIM		NÃO		TOTAL
	N	%	N	%	
Histórico familiar de Hipertensão Arterial	148	90,8	15	9,2	163
Excesso de peso (IMC≥25 Kg/m ²)	131	80,4	32	19,6	163
Sedentarismo	105	64,4	58	35,6	163
Dieta com muito sal	93	57,1	70	42,9	163
Estresse	51	31,3	112	68,7	163
Tabagismo	38	23,3	125	76,7	163
Excesso bebidas alcoólicas	34	20,9	129	79,1	163

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quanto à presença de fatores de risco associados á hipertensão arterial encontrados no estudo, o histórico familiar de HAS está presente em 90,8 % dos registros, o excesso de peso em 80,4 %, o sedentarismo em 64,4 % , a dieta com muito sal em 57,1%, o estresse em 31,3 % o tabagismo em 23,3% e o excesso de bebidas alcoólicas em um 20,9%; dos fatores de risco modificáveis o excesso de peso e o sedentarismo são relevantes; o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade tornou-se numa pandemia mundial³⁶ e é um importante fator de risco contribuindo para o desenvolvimento de hipertensão arterial³⁷ e suas complicações³⁸. O exercício aeróbico está associado com uma redução média na pressão arterial sistólica em 5 de mmHg , um nível comparável ao obtido com muitas intervenções farmacológicas, e com o aumento do HDL-colesterol e diminuição dos triglicérides³⁸.

Neste trabalho o estresse parece estar ligado à expulsão dos índios de sua aldeia em fevereiro de 2002, com perda das terras, das casas, dos vínculos familiares e ter que se adaptar a novas condições socioculturais na cidade.

Tabela 4. Conhecimentos da hipertensão arterial sistêmica encontrada e seus fatores de risco nos pacientes estudados.

Conhecimentos	Antes da intervenção		Depois da intervenção	
	No.	%	No.	%
Adequados	120	73,6	156	95,7
Inadequados	43	26,4	7	4,3
Total	163	100	163	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 5. Conhecimentos sobre os fatores de risco relacionados com a hipertensão arterial sistêmica encontrado nos pacientes estudados

Fatores de risco	Possuíam conhecimento		Apresentavam o hábito		Não possuíam conhecimento		Apresentavam o hábito		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Dieta com muito sal	148	90,8	81	54,7	15	9,2	12	80,0	163
Sedentarismo	124	76,1	73	58,8	39	23,9	32	82,1	163
Excesso de peso	122	78,7	96	76,7	41	25,2	35	85,3	163
Estresse	138	84,6	47	34,1	25	15,4	4	16,0	163
Tabagismo	129	79,1	27	20,9	34	20,8	11	32,3	163
Bebidas alcoólicas	126	77,3	20	15,8	37	22,7	14	37,8	163

Fonte: Elaborado pelo autor

Os dados das tabelas 4 e 5 mostram que a maioria dos pacientes (73,6%) possuem conhecimentos adequados sobre os fatores de risco relacionados com a HAS, no entanto, observa-se que mesmo os participantes tendo bom conhecimentos dos fatores de risco que podem aumentar sua pressão arterial, muitos não modificaram seus hábitos: 76,7 % tem excesso de peso, 58,8 % são

sedentários e 54,75 % continuaram com uma dieta com muito sal; Na sua vez os pacientes (26,4%) que não possuem conhecimentos adequados sobre os fatores de risco apresentam maior porcentagem desses fatores, sendo superior ao 80% para o excesso de peso, dieta com muito sal e sedentarismo e o duplo para o tabagismo em relação ao que tem conhecimentos adequados; Após as atividades educativas, 95,7 % dos participantes identificaram os fatores de risco da HAS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Os Programas de Educação para Saúde para pacientes com doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus, tem como objetivos elevar os conhecimentos dos pacientes sobre suas doenças e fatores de risco associados, condicionando mudanças para estilos de vida saudáveis e assim conseguir o controle dessas doenças e prevenir o desenvolvimento de complicações. A educação desempenha um papel fundamental nos pacientes, com todos os meios e maneiras possíveis, incluindo a família ou pessoas com ascendência sobre eles, as lideranças da comunidades, para conseguir as mudanças nos estilos de vida que são necessárias para alcançar: uma dieta saudável, a predisposição positiva para o exercício físico, redução de peso e adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Para conseguir mudanças no estilo de vida não é tentar informar o indivíduo sobre o que é bom ou ruim para sua saúde, o que deve ou não fazer; temos que educar e isso só pode ser alcançado através da criação de valores, com a participação de toda a equipe multidisciplinar no trabalho do dia a dia com os pacientes e a comunidade . Uma intervenção educativa no curto prazo não é suficiente para alcançar um impacto positivo e significativo sobre a mudança de estilo de vida dos pacientes hipertensos, assim que estes projetos educacionais devem continuar não só em pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, mais também entre todas as pessoas da comunidade.

6. Referencias bibliográficas:

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira De Hipertensão arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016.
2. Ronald G.Victor. Systemic Hypertension: Mechanisms and Diagnosis: En: Braunwald E. Heart Disease: A text book of cardiovascular medicine. 9na Ed .Philadelphia: Saunders, 2013: 934.
3. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, et al. American Heart Association statistics committee and stroke statistics subcommittee. Heart disease and stroke statistics 2014 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2014; 129:e28.
4. Ibrahim MM, Damasceno A: Hypertension in developing countries. Lancet 380:611, 2012.
5. Scala LC, Magalhães LB, Machado A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: Moreira SM, Paola AV; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole; 2015. p. 780-5.
6. Chor D, Ribeiro AL, Carvalho MS, Duncan BB, Lotufo PA, Nobre AA, et al. Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil Study. PLOS One. 2015;10(6):e0127382.
7. Barbosa, Jessyka Mary Vasconcelos. "Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada no povo indígena Xukuru do Orubá, Pesqueira-PE, 2010." (2013).
8. Leite, Soares. Epidemiologia da hipertensão arterial em indígenas kaingang, terra indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil. Diss. Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.
9. Lima, Tatiane Fernandes Portal de. "Doenças e agravos não transmissíveis (DANT's) e seus determinantes: um estudo de novos padrões de mortalidade em populações indígenas de Pernambuco." (2007).
- 10.Victor RG, Leonard D, Hess P, et al: Factors associated with hypertension awareness, treatment, and control in Dallas County, Texas. Arch Intern Med 168:1285, 2008.

11. Khanna RR, Victor RG, Bibbins-Domingo K, et al: Missed opportunities for treatment of uncontrolled hypertension at physician office visits in the United States, 2005 through 2009. *Arch Intern Med* 172:1344, 2012.
12. Gu Q, Burt VL, Dillon CF, Yoon S: Trends in antihypertensive medication use and blood pressure control among United States adults with hypertension: The National Health And Nutrition Examination Survey, 2001 to 2010. *Circulation* 126:2105, 2012.
13. Chen L, Davey SG, Harbord RM, Lewis SJ: Alcohol intake and blood pressure: A systematic review implementing a Mendelian randomization approach. *PLoS Med* 5:e52, 2008.
14. Gurven M, Blackwell AD, Rodriguez DE, et al. Does blood pressure inevitably rise with age?: longitudinal evidence among forager-horticulturalists. *Hypertension* 2012; 60:25–33.
15. Committee on Public Health Priorities to Reduce and Control Hypertension in the U.S. Population, Institute of Medicine of the National Academies. A Population-Based Policy and Systems Change Approach to Prevent and Control Hypertension. Report, v-173. Washington, DC: USA, National Academies Press; 2010.
16. World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf.
17. Adroque HJ, Madias NE: Sodium and potassium in the pathogenesis of hypertension. *N Engl J Med* 356:1966, 2007.
18. World Health Organization. Report of the Formal Meeting of Member States to conclude the work on the comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets for the prevention and control of noncommunicable diseases. Report, 1–6. 2012. Geneva, Switzerland, World Health Organization.
19. Cowley AW, Jr, Nadeau JH, Baccarelli A, et al: Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group on epigenetics and hypertension. *Hypertension* 59:899, 2012.
20. Campos-Nonato I, et all. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. *Rev Salud pública Méx*

vol.55 supl.2 Cuernavaca 2013. Disponible en
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000800011&script=sci_arttext

21. Rodríguez Martín, Carmela et al. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2009; 83 (3): .441-452. ISSN 1135-5727.

22. Bolli, Peter, and Swapnil Hiremath. "Hypertension Canada's 2016 CHEP guidelines for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention and treatment of hypertension." (2016).

23. Carmela Rodríguez Martín, Carmen Castaño Sánchez, Luis García Ortiz, José Ignacio Recio Rodríguez, Yolanda Castaño Sánchez y Manuel Ángel Gómez Marcos. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. *Rev. Esp. Salud Publica* vol.83 no.3 Madrid may./jun. 2009

24. Mario J. Patino Torres, Maritza Duran Castillo. *Enfermedad Arterial Periférica.*

25. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al: The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 report. *JAMA* 289:2560, 2003. *Medicina interna al día.* Venezuela. 2009.2009; 83 (3).

26. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, et al: Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data. *Lancet* 365:217, 2005.

27. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al: Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 358:1887, 2008.

28. Forman JP, Stampfer MJ, Curhan GC: Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women. *JAMA* 302:401, 2009.

29. Manson JE, Greenland P, LaCroix AZ, et al: Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *N Engl J Med* 347:716, 2002.

30. Thompson PD: Exercise prescription and proscription for patients with coronary artery disease. *Circulation* 112:2354, 2005.

31. Hambrecht R, Adams V, Erbs S, et al: Regular physical activity improves endothelial function in patients with coronary artery disease by increasing phosphorylation of endothelial nitric oxide synthase. *Circulation* 107:3152, 2003.
32. Hypertension in adults: diagnosis and management NICE guidelines [CG127] Published date: August 2011, last update November:2016 Disponible en:<http://www.nice.org.uk/guidance/CG127>.
33. Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, Souza WKSB, et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq Bras Cardiol.* 2007;88(4):452-7. PMID:17546277. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007000400015>.
34. Qin X, Zhang Y, Cai Y, He M, Sun L, Fu J, et al. Prevalence of obesity, abdominal obesity and associated factors in hypertensive adults aged 45-75 years. *Clin Nutr.* 2013;32(1):361-7. PMID:23084742. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2012.08.005>.
35. Peixoto, Maria do Rosário Gondim, et al. "Weight gain in adulthood: hypertension predictor?." *Cadernos Saúde Coletiva* 25.1 (2017): 58-64.
36. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [citado em 2016 ago 21]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
37. Aucott L, Rothnie H, Mcintyre L, Thapa M, Waweru C, Gray D. Longterm weight loss from lifestyle intervention benefits blood pressure? *Hypertension.* 2009;54(4):756-62. PMID:19704106. <http://dx.doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.109.135178>.
38. Paul M. Ridker y Peter Libby. Risk markers for atherothrombotic disease: En: Braunwald E. *Heart Disease: A text book of cardiovascular medicine.* 9na Ed .Philadelphia: Saunders, 2013:929

7. ANEXOS:

APENDICE 1 – QUESTIONÁRIO:

IDADE_____ SEXO: MULHER_____ HOMENS_____ IMC_____

1-Há quanto tempo você é portador de Hipertensão Arterial (pressão alta):

Menos de 1 ano_____

De 1 até 5 anos_____

De 6 até 10 anos_____

Mais de 10 anos._____

2-Voce conhece se tem histórico familiar de pressão alta: Sim___ Não___

3-Destes hábitos ou estilos de vida abaixo assinalem sim ou não:

- A pressão é alta quando é igual ou superior a 140/90? Sim___ não___
- A pressão alta é uma doença ao longo da vida? Sim___ não___
- O tratamento da pressão alta é para toda a vida? Sim___ não___
- Quem tem pressão arterial elevada, a maior parte do tempo, não se sente alguma coisa diferente? Sim___ não___
- A pressão alta pode causar problemas para o coração, cérebro e rins? Sim___ não___
- Fazer exercícios físicos regularmente ajuda a controlar a pressão arterial elevada? Sim___ não___
- Quem é obeso, a perda de peso ajuda a controlar a pressão arterial elevada? Sim___ não___
- Reduzir o sal nos alimentos ajuda a controlar a pressão arterial alta? Sim___ não___
- Reduzir o consumo de Refrigerantes ajuda a controlar a pressão arterial elevada? Sim___ não___
- Parar de fumar ajuda a controlar a pressão arterial elevada? Sim___ não___
- Parar de beber álcool e cervejas ajuda a controlar a pressão arterial elevada? Sim___ não___
- Reduzir o nervosismo ajuda a controlar a pressão arterial elevada? Sim___ não___