



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

Daniel Garcia Barban

Educação como estratégia de mudança no cuidado ao
hipertenso na Unidade de Saúde da Família em Porto
Belo - SC

Florianópolis, Março de 2018

Daniel Garcia Barban

Educação como estratégia de mudança no cuidado ao hipertenso
na Unidade de Saúde da Família em Porto Belo - SC

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

Orientador: Priscila Orlandi Barth
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Daniel Garcia Barban

Educação como estratégia de mudança no cuidado ao hipertenso
na Unidade de Saúde da Família em Porto Belo - SC

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Priscila Orlandi Barth
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Este trabalho é uma proposta de acompanhamento de um grupo de hipertensos com risco cardiovascular médio e alto em a unidade de saúde da família Porto Belo, foz do Iguaçu, estado Paraná. Propõe uma reflexão e mudança nas práticas de educação em saúde desenvolvidaspela equipe da estratégia de saúde da família no cuidado ao paciente hipertenso. Tem como objetivo geral: melhorar o controle da pressão arterial dos participantes do grupo, valorizando a mudança de comportamento do paciente e estimulando o auto-cuidado; e como objetivos específicos: refletir sobre as práticas de educação em saúde no contexto do PSF; reduzir os fatores de risco tabagismo, sedentarismo, obesidade e dieta rica em gorduras nos participantes do grupo; organizar a atenção ao hipertenso com base na classificação de risco e envolver familiares e comunidade no diagnóstico precoce e no apoio ao hipertenso. Trata-se de um projeto de intervenção que será realizado em três fases: Primeira Fase - Estratificação do risco cardiovascular nos pacientes hipertensos acompanhados na unidade de saúde da família de porto Belo; Segunda Fase - Atividades em grupo, com narrativa do paciente/família sobre o problema de saúde e práticas de cuidado familiares; e Terceira Fase - Análise dos resultados. Para a realização das atividades educativas, a equipe de saúde reúne-se semanalmente e realiza uma programação, em dependência das atividades tem-se em conta o dia, hora, o grupo de pessoas que vão participar o lugar onde se vão realizar, os meios audiovisuais a utilizar. Estas atividades se divulgam com tempo para que a informação chegue a toda a população. Como resultado espera-se mudanças conscientes nos hábitos de vida do grupo, com o controle dos fatores de risco, tabagismo, obesidade, sedentarismo e dieta, maior adesão ao tratamento, diminuição do uso de medicamentos, redução da demanda na atenção básica e nos serviços de urgência, bem como das internações por complicações da doença hipertensiva.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Hipertensão, Programas Nacionais de Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos Específicos	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	17
4	METODOLOGIA	23
5	RESULTADOS ESPERADOS	27
	REFERÊNCIAS	37

1 Introdução

As Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) são responsáveis por 59% do total das mortes ocorridas no mundo e por 43% da carga global de doenças (OMS, 2002), colocando novos desafios para os sistemas de saúde, como a elaboração de políticas de promoção da saúde e de prevenção de danos ocasionados por este grupo de doenças. “Dentre as DANT a hipertensão arterial se destaca, em todas as regiões do Brasil, como grande responsável pela morbimortalidade, apresentando prevalência elevada, superior a 10% segundo vários estudos realizados no país” (FUCHS, 1996) (ROUQUAYROL; N, 2003). A característica central das DANT é o reconhecimento da sua multicausalidade, relacionada com os seguintes elementos: biologia humana, ambiente, estilos de vida e organização da atenção à saúde (BRASIL, 2001). Os custos econômicos e sociais decorrentes das DANT avolumam-se, seja devido à morte prematura ou incapacidade definitiva de pessoas em idade produtiva, ou ainda pela sobrecarga nos serviços de saúde. As intervenções curativas, além de muito mais custosas para o sistema de saúde, acontecem apenas após a doença já estar instalada (ALVES, 2005) (ALVES; FRANCO, 2003) (ALVES, 2004).

Outro aspecto que merece consideração é a modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida, que indica uma exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria composição da dieta provocou alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população (ALVES; FRANCO, 2003) (ALVES, 2004). Adicione-se a isso a baixa frequência à prática de atividade física, que também contribui no delineamento desse quadro. Mas, é importante registrar, que nem sempre podemos considerar as mortes por doenças não-transmissíveis como resultantes do processo de modernização da sociedade (AYRES, 2001).

As doenças cardiovasculares muitas vezes são decorrentes de quadros de hipertensão inadequadamente tratados, relacionadas, na verdade, com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, revelando outra dimensão das desigualdades sociais em saúde (BRASIL, 2001) (BRASIL, 2001) (PINHEIRO et al., 2003). O reconhecimento de que a modificação dos hábitos de vida e o tratamento adequado de desvios da normalidade quando estabelecidos ($PA \geq 140/90$) modificam a história evolutiva desse agravamento, torna ainda mais estratégico uma intervenção para o seu cuidado (FUCHS, 1996). Considerando educação e saúde como práticas sociais e diante das importantes transformações no perfil de morbidade e mortalidade experimentado no Brasil nas últimas décadas, relacionados, principalmente, com: (1) a redução da mortalidade precoce por doenças infecciosas e parasitárias; (2) o aumento da expectativa de vida ao nascer; (3) e o processo acelerado de urbanização e de mudanças socioculturais, as doenças crônicas merecem mais atenção dos

órgãos públicos, no sentido de favorecer políticas que considerem a compreensão de que o processo saúde-doença é socialmente determinado (ROUQUAYROL; N, 2003).

Na década de 70, com o fim do “Milagre Brasileiro” e a deteriorização das condições de vida, refletida nos altos índices de mortalidade infantil e várias epidemias (como a de meningite), o discurso oficial incorpora a participação popular e cria-se o Ministério da Previdência e Assistência Social e o INAMPS. É formulado o PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento). Define-se uma Política Nacional de Saúde. O momento exige novas formas de intervenção social. É necessário pensar a educação e a saúde não mais como educação sanitária ou localizada no interior da saúde (educação em saúde) ou ainda educação para a saúde (como se a saúde pudesse ser um estado que se atingisse depois de educado!). É preciso recuperar a dimensão da educação e da saúde/doença e estabelecer as articulações entre esses dois campos e os movimentos sociais. É o momento de se repensar o curso de educação em saúde pública e a formação do profissional da saúde (PINHEIRO et al., 2003)

Reconhece-se, assim, que a vivência dos processos de adoecimento ou fortalecimento é influenciada pela inserção social (formas de vida, trabalho e saúde) e pela subjetividade (percepções, crenças, valores) dos grupos sociais. Buscar compreender as reais necessidades de saúde da população, bem como os perfis de reprodução social, auxilia-nos a compreender como se dá essa inserção social que carrega consigo distintas condições de vida, potencialidades de saúde e sobrevivência dos sujeitos. Considerando que o processo educativo é um processo político, cujos métodos e técnicas devem favorecer a desalienação, a transformação e a emancipação dos sujeitos envolvidos, a educação em saúde não deve ser exclusivamente informativa, todavia levar os usuários a refletirem sobre as bases sociais de sua vida, passando a perceber a saúde não mais como uma concessão, e sim, como um direito social. Em meio às diferentes possibilidades que vêm sendo experimentado no âmbito da reorganização dos serviços de saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, vem se consolidando como eixo reestruturou da atenção básica (CURRENT et al., 2010).

No Brasil a origem do PSF remonta a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994 o Ministério da Saúde, lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos e assistência hospitalar. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Estes pressupostos, sentidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, calcado

na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado, encontra, em relação aos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), um outro desafio. Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria N° 648, de 28 de março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a atenção básica que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. Em 2011 a portaria GM N°2.488/2011 revogou a portaria GM N° 648/2006 e demais disposições em contrário ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (PINHEIRO *et al.*, 2003).

Assim, o PSF surge em meio à crescente desilusão aos limites da medicina, às pressões para contenção de gastos econômicos, desejando-se que sirva de exemplo de um novo tipo de assistência distinto do modelo predominante. Para a reorganização da atenção básica, pretendida pela estratégia do PSF, reconhece-se à necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de coresponsabilidade entre os serviços e a população, considerando a atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde. Neste sentido o PSF deve ser o “locus” onde surgem práticas inovadoras para o controle das doenças e agravos não transmissíveis, como a hipertensão arterial. As ações de atenção à saúde de hipertensos nas unidades de saúde da família devem ser desenvolvidas com base na classificação de risco, adesão e resposta ao tratamento, da presença de fatores de risco associados, grau de instrução e autonomia, além de ações educativas e de promoção da saúde orientadas para hábitos de vida saudáveis. Dentre estas ações de atenção ao hipertenso discute-se a relevância das ações educativas em saúde, em todas as interações estabelecidas entre os profissionais e os usuários, reconhecendo-se a centralidade que o paciente e sua família devem ocupar na definição das estratégias de cuidado (LIMA *et al.*, 2007).

Em 2000, a 53ª Assembléia Mundial de Saúde aprovou a resolução sobre prevenção e controle de doenças não transmissíveis (OMS, 2000), recomendando aos Estados membros “o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis que criem ambientes condizentes com estilos de vida saudáveis e estabelecimento de programas para prevenção e controle das DANT...” No Brasil, a Lei Orgânica da Saúde, já assumia um conceito de vigilância epidemiológica bem mais abrangente do que a antiga concepção restrita às doenças transmissíveis. A vigilância epidemiológica das DANT está centrada nos níveis de exposição

aos fatores de risco, que são diversos e, em sua maioria, estão associados também a outras doenças ao mesmo tempo. Em 2002 o Ministério da Saúde, em articulação com as sociedades científicas (cardiologia, diabetes, hipertensão e nefrologia), as federações nacionais dos portadores de Diabetes e Hipertensão, as secretarias estaduais de saúde, através do CONASS, e as secretarias municipais de saúde, através do CONASEMS, apresentou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, um sistema de cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS e DM atendidos na rede ambulatorial do SUS (HIPER-DIA). (FUCHS, 1996) (ROUQUAYROL; N, 2003).

Nesta perspectiva, este estudo é uma proposta de intervenção para avançar no cuidado da hipertensão arterial, diminuindo a morbimortalidade por este agravo em uma unidade de saúde da família do Porto Belo no município de Foz do Iguaçu, estado do Paraná. Propõe a necessidade de mudanças nas práticas de educação em saúde no contexto do Programa de Saúde da Família (PSF), permitindo a incorporação de atividades educativas criativas, não apenas como “transferência de conhecimento, mas de possibilidades para a construção do saber, respeitando a autonomia do educando” (Paulo Freire, 2002), com o objetivo de controle da pressão arterial, através de mudança dos hábitos de vida e redução do uso de medicamentos, em um grupo de pacientes com hipertensão de difícil controle em acompanhamento na unidade de saúde da família do Porto Belo no município de Foz do Iguaçu, por um período de um ano, avaliando-se as variáveis: tabagismo, obesidade, sedentarismo, dieta e diabetes melito. Dentre as Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença de alta prevalência mundial, responsável, segundo relatório da OMS de 2002, por 7,1 milhões de mortes por ano, cerca de 13% do total. A média de prevalência da hipertensão arterial sistêmica no Brasil é de 18% na população acima de 15 anos (PNAD, 2008), variando de 12% a 22%. A cronicidade dessas condições e o grande impacto no perfil de morbimortalidade na população brasileira, trazem um desafio para o sistema público de saúde.

Sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíacas e renais crônicas e doença vascular de extremidades. Sua característica crônica e silenciosa dificulta a percepção das pessoas acometidas. Traz, ainda, como conseqüências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, representando um alto custo sócio econômico para o país (ROUQUAYROL; N, 2003). O município de Foz do Iguaçu, localizada no extremo oeste de Paraná, na divisa do Brasil com Paraguai e a Argentina. A cidade é centro turístico e econômico do oeste do Paraná e são uns dois importantes destinos turísticos brasileiros. Com cerca de 260 mil habitantes e caracterizada por sua diversidade cultural. São aproximadamente 80 nacionalidades, sendo que as mais representativas são oriundas

do Líbano, Paraguai e Argentina. Tem um elevado número de internações por doenças cardiovasculares, dado registrado nos relatórios da Auditoria Municipal e Estadual, o que representa um alto custo para o sistema de saúde, com compra de medicamentos, sobrecarga do atendimento médico na atenção básica e nos serviços de urgência e internações constantes conforme indicado em relatórios da Auditoria Municipal e Estadual.

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBF) "Porto Belo" localiza-se na zona norte da cidade de Foz do Iguaçu, estado do Paraná. A área de abrangência esta composta por diversos bairros com uma população muito heterogênea, caracterizada por diferentes culturas e níveis socioeconômicos e educacionais, as classes sociais mais predominantes são a baixa e a média. A população total da equipe é aproximadamente 3288 pessoas, por sexo esta composta aproximadamente por 1931 mulheres (58,7%), e 1357 homens (41,3%). A faixa etária abaixo dos 20 anos é de 950 pessoas (28,9%), de 20 a 59 anos é de 1781 pessoas (54,2%) e com mais de 60 anos é de 557 pessoas (16,5%). Uma das doenças mais importantes que acomete a população é a hipertensão arterial. É a doença crônica mais comum na região, principal causa de morbimortalidade e mortalidade por outras doenças (cardiopatias, neuropatias, cerebrovascular, etc.). Por esses motivos escolhemos a partir de conversas com os funcionários da UBS e com líderes comunitários dos bairros trabalhar com a hipertensão arterial, objetivando fazer um projeto de intervenção que propicie um aumento na educação como estratégia de mudança no cuidado ao hipertenso em UBF Porto Belo, município Foz do Iguaçu.

Este trabalho será realizado em conjunto com a equipe de saúde e com a comunidade, é importante principalmente para os usuários cadastrados na unidade de saúde, por ser um projeto de intervenção que visa melhorar as condições de saúde da população atuando sobre as principais causas de morbimortalidade e suas sequelas e atuando sobre fatores de risco e outras complicações decorrentes da hipertensão arterial é uma proposta de acompanhamento de um grupo de hipertensos com fatores de risco em na unidade de saúde da família. Propõe uma reflexão e mudança nas práticas de educação e saúde desenvolvidas pela equipe do programa de saúde da família no cuidado ao paciente hipertenso. Tem como objetivo melhorar o controle da pressão arterial dos participantes do grupo, valorizando a mudança de comportamento do paciente e estimulando o autocuidado. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, exploratória de caráter descritivo. Como resultado espera-se mudanças conscientes nos hábitos de vida do grupo, com o controle dos fatores de risco, tabagismo, obesidade, sedentarismo e dieta, maior adesão ao tratamento, diminuição do uso de medicamentos, redução da demanda na atenção básica e nos serviços de urgência, bem como das internações por complicações da doença hipertensiva. Este estudo se justifica pelo elevado número de hipertensos na área de abrangência da UBS Porto Belo, no município de Foz do Iguaçu, sendo esta uma das causas mais frequentes de consulta médica.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Melhorar o controle da pressão arterial dos participantes do grupo, valorizando a mudança de comportamento destes pacientes e estimulando o autocuidado em UBS Porto Belo, Município Foz do Iguaçu.

2.2 Objetivos Específicos

- Refletir sobre as práticas de educação em saúde no contexto do UBS.
- Reduzir os fatores de risco tabagismo, sedentarismo, obesidade e dieta rica em gorduras nos participantes do grupo.
- Organizar a atenção ao hipertenso com base na classificação de risco.
- Envolver familiares e comunidade no diagnóstico precoce e no apoio ao hipertenso.

3 Revisão da Literatura

As Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) são responsáveis por 59% do total das mortes ocorridas no mundo e por 43% da carga global de doenças, colocando novos desafios para os sistemas de saúde, como a elaboração de políticas de promoção da saúde e de prevenção de danos ocasionados por este grupo de doenças. “Dentre as DANT a hipertensão arterial se destaca, em todas as regiões do Brasil, como grande responsável pela morbimortalidade, apresentando prevalência elevada, superior a 10% segun vários estudos realizados no país” (FUCHS, 1996)(ROUQUAYROL; N, 2003). A característica central das DANT é o reconhecimento da sua multicausalidade, relacionada com os seguintes elementos: biologia humana, ambiente, estilos de vida e organização da atenção à saúde (BRASIL, 2001). Os custos econômicos e sociais decorrentes das DANT avolumam-se, seja devido à morte prematura ou incapacidade definitiva de pessoas em idade produtiva, ou ainda pela sobrecarga nos serviços de saúde. As intervenções curativas, além de muito mais custosas para o sistema de saúde, acontecem apenas após a doença já estar instalada (ALVES, 2005)(ALVES; FRANCO, 2003)(ALVES, 2004).

Outro aspecto que merece consideração é a modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida, que indica uma exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria composição da dieta provocou alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população (ALVES; FRANCO, 2003)(ALVES, 2004). Adicione-se a isso a baixa frequência à prática de atividade física, que também contribui no delineamento desse quadro. Mas, é importante registrar, que nem sempre podemos considerar as mortes por doenças não-transmissíveis como resultantes do processo de modernização da sociedade (AYRES, 2001).

As doenças cardiovasculares muitas vezes são decorrentes de quadros de hipertensão inadequadamente tratados, relacionadas, na verdade, com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, revelando outra dimensão das desigualdades sociais em saúde(BRASIL, 2001) (PINHEIRO et al., 2003) .O reconhecimento de que a modificação dos hábitos de vida e o tratamento adequado de desvios da normalidade quando estabelecidos ($PA \geq 140/90$) modificam a história evolutiva desse agravo, torna ainda mais estratégico uma intervenção para o seu cuidado(FUCHS, 1996). Considerando educação e saúde como prática social e diante das importantes transformações no perfil de morbidade e mortalidade experimentado no Brasil nas últimas décadas, relacionados, principalmente, com: (1) a redução da mortalidade precoce por doenças infecciosas e parasitárias; (2) o aumento da expectativa de vida ao nascer; (3) e o processo acelerado de urbanização e de mudanças socioculturais, as doenças crônicas merecem mais atenção dos órgãos públicos, no sentido

de favorecer políticas que considerem a compreensão de que o processo saúde-doença é socialmente determinado (ROUQUAYROL; N, 2003)

Na década de 70, com o fim do “Milagre Brasileiro” e a deteriorização das condições de vida, refletida nos altos índices de mortalidade infantil e várias epidemias (como a de meningite), o discurso oficial incorpora a participação popular e cria-se o Ministério da Previdência e Assistência Social e o INAMPS. É formulado o PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento). Define-se uma Política Nacional de Saúde. O momento exige novas formas de intervenção social. É necessário pensar a educação e a saúde não mais como educação sanitária ou localizada no interior da saúde (educação em saúde) ou ainda educação para a saúde (como se a saúde pudesse ser um estado que se atingisse depois de educado!). É preciso recuperar a dimensão da educação e da saúde/doença e estabelecer as articulações entre esses dois campos e os movimentos sociais. É o momento de se repensar o curso de educação em saúde pública e a formação do profissional da saúde (PINHEIRO et al., 2003).

Reconhece-se, assim, que a vivência dos processos de adoecimento ou fortalecimento é influenciada pela inserção social (formas de vida, trabalho e saúde) e pela subjetividade (percepções, crenças, valores) dos grupos sociais. Buscar compreender as reais necessidades de saúde da população, bem como os perfis de reprodução social, auxilia-nos a compreender como se dá essa inserção social que carrega consigo distintas condições de vida, potencialidades de saúde e sobrevivência dos sujeitos. Considerando que o processo educativo é um processo político, cujos métodos e técnicas devem favorecer a desalienação, a transformação e a emancipação dos sujeitos envolvidos, a educação em saúde não deve ser exclusivamente informativa, todavia levar os usuários a refletirem sobre as bases sociais de sua vida, passando a perceber a saúde não mais como uma concessão, e sim, como um direito social. Em meio às diferentes possibilidades que vêm sendo experimentado no âmbito da reorganização dos serviços de saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, vem se consolidando como eixo reestruturou da atenção básica (CURRENT et al., 2010).

No Brasil a origem do PSF remonta a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994 o Ministério da Saúde, lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos e assistência hospitalar. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Estes pressupostos, sentidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, calcado

na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado, encontra, em relação aos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), um outro desafio. Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria N° 648, de 28 de março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a atenção básica que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. Em 2011 a portaria GM N°2.488/2011 revogou a portaria GM N° 648/2006 e demais disposições em contrário ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (PINHEIRO et al., 2003).

Assim, o PSF surge em meio à crescente desilusão aos limites da medicina, às pressões para contenção de gastos econômicos, desejando-se que sirva de exemplo de um novo tipo de assistência distinto do modelo predominante. Para a reorganização da atenção básica, pretendida pela estratégia do PSF, reconhece-se à necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de coresponsabilidade entre os serviços e a população, considerando a atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde. Neste sentido o PSF deve ser o “locus” onde surgem práticas inovadoras para o controle das doenças e agravos não transmissíveis, como a hipertensão arterial. As ações de atenção à saúde de hipertensos nas unidades de saúde da família devem ser desenvolvidas com base na classificação de risco, adesão e resposta ao tratamento, da presença de fatores de risco associados, grau de instrução e autonomia, além de ações educativas e de promoção da saúde orientadas para hábitos de vida saudáveis. Dentre estas ações de atenção ao hipertenso discute-se a relevância das ações educativas em saúde, em todas as interações estabelecidas entre os profissionais e os usuários, reconhecendo-se a centralidade que o paciente e sua família devem ocupar na definição das estratégias de cuidado (LIMA et al., 2007)

Em 2011, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) realizou uma reunião de alto nível (RAN ONU) sobre a prevenção e o controle de doenças não transmissíveis (DNTs). Esse encontro pioneiro foi o resultado, em parte, da liderança da CARICOM, bem como do reconhecimento mundial do ônus das DNTs aos sistemas econômico, social e de saúde. A reunião foi realizada em 19 e 20 de setembro de 2011 e centrada nos desafios de desenvolvimento e no impacto socioeconômico das quatro DNTs mais graves (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doença respiratória crônica) e

seus fatores de risco: tabagismo, uso prejudicial do álcool, dieta insalubre e sedentarismo, particularmente nos países em desenvolvimento.(OPAS, 2014) O principal resultado da RAN ONU sobre DNTs foi a aprovação da Resolução A/RES/66/2: Declaração política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre a Prevenção e o Controle de Doenças Não Transmissíveis.(ONU, 2014) A Declaração apresentou uma agenda voltada ao fortalecimento da cooperação internacional para apoiar os esforços nacionais multissetoriais para prevenir e controlar as DNTs. (UNIDAS, 2014).

Em 2000, a 53ª Assembléia Mundial de Saúde aprovou a resolução sobre prevenção e controle de doenças não transmissíveisrecomendando aos Estados membros “o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis que criem ambientes condizentes com estilos de vida saudáveis e estabelecimento de programas para prevenção e controle das DANT...” No Brasil, a Lei Orgânica da Saúde, já assumia um conceito de vigilância epidemiológica bem mais abrangente do que a antiga concepção restrita às doenças transmissíveis. A vigilância epidemiológica das DANT está centrada nos níveis de exposição aos fatores de risco, que são diversos e, em sua maioria, estão associados também a outras doenças ao mesmo tempo. Em 2002 o Ministério da Saúde, em articulação com as sociedades científicas (cardiologia, diabetes, hipertensão e nefrologia), as federações nacionais dos portadores de Diabetes e Hipertensão, as secretarias estaduais de saúde, através do CONASS, e as secretarias municipais de saúde, através do CONASEMS, apresentou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, um sistema de cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS e DM atendidos na rede ambulatorial do SUS (HIPER-DIA).(FUCHS, 1996)(ROUQUAYROL; N, 2003).

Nesta perspectiva, este estudo é uma proposta de intervenção para avançar no cuidado da hipertensão arterial, diminuindo a morbimortalidade por este agravo em uma unidade de saúde da família do Porto Belo no município de Foz do Iguaçu, estado do Paraná. Propõe a necessidade de mudanças nas práticas de educação em saúde no contexto do Programa de Saúde da Família (PSF), permitindo a incorporação de atividades educativas criativas, não apenas como “transferência de conhecimento, mas de possibilidades para a construção do saber, respeitando a autonomia do educando” (FREIRE, 2002), com o objetivo de controle da pressão arterial, através de mudança dos hábitos de vida e redução do uso de medicamentos, em um grupo de pacientes com hipertensão de difícil controle em acompanhamento na unidade de saúde da família do Porto Belo no município de Foz do Iguaçu, por um período de um ano, avaliando-se as variáveis: tabagismo, obesidade, sedentarismo, dieta e diabetes melito.

Dentre as Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença de alta prevalência mundial, responsável, segundo relatório da OMS de 2002, por 7,1 milhões de mortes por ano, cerca de 13% do total. A média de prevalência da hipertensão arterial sistêmica no Brasil é de 18% na população acima de 15 anos, variando de 12% a 22%. A cronicidade dessas condições e o grande impacto no perfil

de morbimortalidade na população brasileira, trazem um desafio para o sistema público de saúde. Sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíacas e renais crônicas e doença vascular de extremidades. Sua característica crônica e silenciosa dificulta a percepção das pessoas acometidas. Traz, ainda, como conseqüências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, representando um alto custo sócio econômico para o país. (ROUQUAYROL; N, 2003)

4 Metodologia

Este trabalho é uma proposta de acompanhamento de um grupo de hipertensos com risco cardiovascular médio e alto em a unidade de saúde da família Porto Belo, foz do Iguaçu, estado paraná. Propõe uma reflexão e mudança nas práticas de educação e saúde desenvolvida pela equipe do programa de saúde da família no cuidado ao paciente hipertenso. Tem como objetivo geral: melhorar o controle da pressão arterial dos participantes do grupo, valorizando a mudança de comportamento do paciente e estimulando o autocuidado; e como objetivos específicos: refletir sobre as práticas de educação em saúde no contexto do PSF; reduzir os fatores de risco tabagismo, sedentarismo, obesidade e dieta rica em gorduras nos participantes do grupo; organizar a atenção ao hipertenso com base na classificação de risco e envolver familiares e comunidade no diagnóstico precoce e no apoio ao hipertenso. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, exploratória de caráter descritivo. Como resultado espera-se mudanças conscientes nos hábitos de vida do grupo, com o controle dos fatores de risco, tabagismo, obesidade, sedentarismo e dieta, maior adesão ao tratamento, diminuição do uso de medicamentos, redução da demanda na atenção básica e nos serviços de urgência, bem como das internações por complicações da doença hipertensiva.

Dentre as DANT a Hipertensão Arterial se destaca, em todas as regiões do Brasil, como grande responsável pela morbimortalidade, apresentando prevalência elevada, superior a 10% segundo vários estudos realizados no país” (A C GIL, 2002)(OPAS, 2014). A característica central das DANT é o reconhecimento da sua multicausalidade, relacionada com os seguintes elementos: biologia humana, ambiente, estilos de vida e organização da atenção à saúde. (BRASIL, 2001). Os custos econômicos e sociais decorrentes das DANT avolumam-se, seja devido à morte prematura ou incapacidade definitiva de pessoas em idade produtiva, ou ainda pela sobrecarga nos serviços de saúde. As intervenções curativas, além de muito mais custosas para o sistema de saúde, acontecem apenas após a doença já estar instalada. (ALVES, 2005)(ALVES; FRANCO, 2003)(ALVES, 2004).

Outro aspecto que merece consideração é a modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida, que indica uma exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria composição da dieta provocou alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população. (ALVES; FRANCO, 2003)(ALVES, 2004). Adicione-se a isso a baixa frequência à prática de atividade física, que também contribui no delineamento desse quadro. Mas, é importante registrar, que nem sempre podemos considerar as mortes por doenças não-transmissíveis como resultantes do processo de modernização da sociedade. (AYRES, 2001). As doenças cardiovasculares muitas vezes são decorrentes de quadros

de hipertensão inadequadamente tratados, relacionadas, na verdade, com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, revelando em outra dimensão das desigualdades sociais em saúde. (BRASIL, 2001)(PINHEIRO et al., 2003)

Dentre as Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença de alta prevalência mundial, responsável, segundo relatório da OMS de 2002, por 7,1 milhões de mortes por ano, cerca do 13% do total. A média de prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil é de 18% na população acima de 15 anos (PNAD, 2008), variando de 12% a 22%. A cronicidade dessas condições e o grande impacto no perfil de morbimortalidade na população brasileira, trazem um desafio para o sistema público de saúde. Sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e renal crônica e doença vascular de extremidades. Sua característica crônica e silenciosa dificulta a percepção das pessoas acometidas. Traz, ainda, como conseqüências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, representando um alto custo sócio econômico para o País. (OPAS, 2014).

Atualmente existem 437(18,7%) pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial cadastradas na UBF Porto Belo, entretanto, não existe classificação de risco para doenças cardiovasculares e renais em todos os pacientes, porque não é acompanhada periodicamente por motivos diversos, incluindo a problemática da reorganização do atendimento na unidade. O atendimento ao hipertenso está sendo reorganizado de forma a garantir maior acesso e vínculo com a equipe de saúde da família. A taxa de mortalidade específica por doenças hipertensivas em Foz do Iguaçu, segundo dados do Ministério da Saúde é considerada alta, em 2011, 13% e em 2013, 15%. A demanda por atendimento médico na unidade de pessoas com pressão arterial elevada é crescente, sobrecarregando a agenda e representando um alto custo com internações recorrentes e uso irregular e inadequado de medicamentos anti-hipertensivos. Diante dessa situação, foi proposta uma intervenção que alterasse o seguimento destes pacientes, baseada em estratégias de ações educativas, além do tratamento medicamentoso, com o objetivo principal de reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares e renais. O acompanhamento do grupo será realizado pelos profissionais médicos, enfermeira e nutricionista durante o período de um ano, com atividades de educação em saúde em grupo e acompanhamento individual programado. A avaliação dos resultados inclui a análise da morbimortalidade por doenças cardiovasculares e renais, através do controle dos fatores estudados, hipertensão, tabagismo, sedentarismo, diabetes mellitus e obesidade nos pacientes selecionados.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e caráter descritivo com proposta de intervenção para o acompanhamento de um grupo de pacientes hipertensos na uni-

dade básica de saúde da família de Porto Belo, no município de Foz do Iguaçu – PR, cujo objetivo é a redução da morbimortalidade cardiovasculares e renais, através de práticas de educação em saúde focadas no controle dos principais fatores de risco. Temos que a pesquisa qualitativa, independentemente do seu tipo, procura a raiz do problema que se propõe a estudar, se aprofundando em suas causas e efeitos sobre os sujeitos que vivem a situação pesquisada. As etapas de trabalho da pesquisa qualitativa serão divididas em três partes **Primeira Fase:** -Estratificação do risco cardiovascular nos pacientes hipertensos acompanhados na unidade de saúde da família de porto Belo, segun a definição de risco definida pelo JNC VII (Relatório Anual do Comitê Americano de Hipertensão): Idade (> 55 anos em homens, 65 anos em mulheres). Diabetes Melittus. Lipoproteína de baixa densidade (LDL) elevada ou lipoproteína de alta densidade (HDL) baixa. Taxa de filtração glomerular (TFG) estimada História familiar de doença cardiovascular (DCV) precoce (homens Microalbuminúrica. Obesidade (IMC > ou = 30 kg/m²). Inatividade física e tabagismo. -Elaboração de um cartão de estratificação de risco para anexar ao prontuário do paciente. -Seleção do grupo de pacientes com risco cardiovascular médio e alto, através do registro de informações nos prontuários, considerando o variável tabagismo, obesidade, dieta e diabetes melittus associado. -Entrevista individual, durante a consulta médica, com os pacientes selecionados para apresentar a proposta e obter consentimento. -Formação do grupo de trabalho com a equipe de saúde e os pacientes selecionados.

Segunda Fase: - Atividades em grupo, com narrativa do paciente/família sobre o problema de saúde e práticas de cuidado familiares. -Compreensão do processo saúde-doença-cuidado a partir do entendimento do grupo, salientando os fatores de risco para doenças cardiovasculares, tabagismo, obesidade, dieta e sedentarismo; esta fase tem o objetivo de descrever e caracterizar a ação educativa. A análise da ação educativa será realizada mediante a descrição dos processos comunicacionais estabelecidos entre a equipe de saúde da família e paciente na abordagem do adoecimento por hipertensão arterial; -Registro de todos os encontros do grupo. -Discussão nas reuniões de equipe sobre as atividades do grupo.

Terceira Fase -Análise dos resultados. **Cronograma de atividades** **Atividades Responsáveis** **Prazo** -Atendimento individual médico, enfermagem, e nutrição para classificação de risco de todos os hipertensos cadastrados na unida. Médico; Enfermeira; Nutricionista. Dezembro 2016 Identificação do risco (baixo, médio ou alto) no prontuário .Equipe de saúde da família. Janeiro 2017 -Organização da atenção com base na classificação de risco. Equipe de saúde da família. Janeiro 2017 -Seleção do grupo, Identificando os pacientes com risco médio e alto. Médico; Enfermeira; Nutricionista. Fevereiro 2017 -Entrevista durante consulta individual com os pacientes selecionados para apresentar a proposta e obter consentimento. Médico; Enfermeira; Nutricionista. Fevereiro 2017 - Formação do grupo de trabalho com a equipe de saúde e os pacientes selecionados. Equipe

de saúde da família. Março 2017 -Início das atividades em grupo, com encontros semanais. Equipe de saúde da família. Março 2017 -Avaliação parcial dos resultados. Equipe de saúde da família e pacientes participantes do grupo Abril e maio 2017 -Avaliação final dos resultados. Equipe de saúde da família e pacientes participantes do grupo Junho 2017 A amostra foi constituída por 150 pacientes, levando em conta os seguintes critérios de exclusão: 1-Pacientes que não consentem a participar do estúdio. 2- Hipertensão associada à gravidez.

5 Resultados Esperados

A idade e sexo não são fatores de riscos modificáveis, mas estão dentro dos fatores de risco ou predisponentes que influem de forma direta na aparição desta doença pelo que decidimos em nosso trabalho fazer uma análise de seu comportamento.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos pacientes com hipertensão arterial por idade e sexo que constituem a mostra (150) do estudo realizado de dezembro 2016 a junho de 2017 na USF porto Belo.

Na tabela 1 observamos que dos 150 pacientes, 94 são masculinos que representam 62,6 % e 56 femininas para um 37,3 % e que com a idade vá aumentando a aparição desta doença crônica, ou grupo etário de mais de 60 anos em ambos os sexos foi onde mais hipertensos encontramos.

Realizo-se uma atualização dos pacientes já diagnosticados como hipertenso para isto nos apoiou das fichas individuais onde se recolhe a história da doença e uma pesquisa na população adulta e com fatores de risco predisponentes de HTA, a través das visitas domiciliárias e consultas, realizando-se a cada paciente um exame físico completo e solicitação de estúdios laboratoriais, uma vez obtido os resultados em dependência da cada caso se orientam educação sanitária e indico-se o tratamento adequado ou o reajuste deste se foi necessário. Neste levantamento participo toda a equipe de saúde, e os agentes comunitários foram um enlace importantíssimo entre os pacientes e a equipe de saúde porque eles têm domínio de sua área e conhecem as dolências da cada um de seus pacientes.

Dentro dos fatores de risco ou predisponente, propõe-se que a idade e diretamente proporcional na elevação dá pressão arterial e que a prevalência e maior em homes que mulheres (PAIM, 2006).

Em um estudo descritivo realizado de uma mostra de 120 pacientes, com respeito às variáveis independentes destaca-se, que o 52 % são varões com uma idade média de 75 anos, sendo a média de diagnóstico de sua hipertensão de 10 anos (A C GIL, 2002)

Dados de trabalhos realizados por MINAYO, MCS sugerem que os indivíduos normo-

Tabela 1 – distribuição dos pacientes com hipertensão arterial por idade e sexo

Total de hipertensos por idade	Masculino # %		Feminino # %		Total # %	
Menos de 15 anos	0	0	0	0	0	0
De 15 a 45 anos	12	12,7	9	16	21	14
De 46 a 60 anos	29	30,8	19	33,9	48	32
Mas de 60 anos	53	56,3	28	50	81	54
Total	94	62,6	56	37,3	150	100

Tabela 2 – participação dos pacientes hipertensos em as atividades de educação de saúde

Tipo de actividad	De 15 a 45 años				De 46 a 60años				Más de 60 años				Total por sexo				Total	
	F	%	M	%	F	%	M	%	F	%	M	%	F	%	M	%	%	
Entrevistas	9	100	12	100	19	100	29	100	28	100	53	100	56	100	94	100	150	100
Charlas	9	100	7	58.3	12	63	8	28	19	68	21	40	40	71	36	38	76	50,6
Palestras	6	66.6	5	42	10	53	10	34	23	82	29	55	39	70	44	47	83	55,3
Dinámica de grupo	5	55.5	7	58.3	8	42	16	55	20	71	29	55	33	59	52	55	85	56,6
Dinámica de familia	9	100	10	83	15	79	14	48	25	89	23	43	49	88	47	50	96	64

tensos maiores de 55 anos têm um 90 % de probabilidade de risco de desenvolver HTA (PAIM, 2006)

A educação do paciente hipertenso é o elemento-chave para um melhor controle da HTA, permitindo-lhe compreender melhor sua doença e as suas conseqüências, através do fornecimento de uma boa adesão ao tratamento e a sobrevida em longo prazo com melhor qualidade de vida

A tabela 2 mostra a participação dos pacientes hipertensos em as atividades de educação de saúde por idade e sexo que constituem a mostra (150) do estúdio realizado de dezembro 2016 a junho de 2017 na UBF de Porto Belo do Município Foz do Iguaçu.

Na Tabela 2, podemos ver que ou sexo masculino teve uma maior participação nas atividades educativas, e o grupo maior de 60 anos se destaco dentro do resto dos grupos de idade. La entrevista consigo-se realizar ao total dos pacientes (150), a dinâmica de família foi a atividade de mais aceitação pelos pacientes (96), seguidas de dinâmicas de grupos (85), palestras (83) e charlas (76). Em sentido geral consigo-se uma boa participação dos pacientes em as atividades de saúde o que significa que têm interes em conhecer sua doença e a forma de melhorar a qualidade de vida.

Corresponde à equipe de saúde do PSF como um caos sobre a saúde para desenvolver ações educativas para a plenitude da promoção da saúde e da prevenção contra esse fator de risco, e nós acreditamos que a elevação do conhecimento que o próprio doente e a família têm sobre a hipertensão arterial como uma não-transmissíveis doença crônica, o braço que você terá com uma arma de valor no seu controle populacional.

Para a realização das atividades educativas, a equipe de saúde reúne-se semanalmente e realiza uma programação, em dependência das atividades tem-se em conta o dia, hora, o grupo de pessoas que vão participar o lugar onde se vão realizar, os médios audiovisuais a utilizar. Estas atividades se divulgam com tempo para que a informação chegue a toda

a população.

O aperfeiçoamento da prevenção e controle da pressão arterial é um desafio importante para todos os países, o qual deve constituir uma prioridade das instituições de saúde, a população, os familiares e o governo. A adequada percepção do risco que significa padecer de HTA nos obriga a executar uma estratégia populacional com medidas de educação e promoção dirigidas à diminuição da pressão arterial média da população, impactando sobre outros fatores de risco associados, fundamentalmente a falta de exercícios físicos, níveis inadequados de lipídios sanguíneos, elevada ingestão de sal, o tabaquismo e a obesidade entre outros (ALVES; FRANCO, 2003)(ALVES, 2004)

Por outra parte é necessária uma estratégia individual para detectar e controlar com medidas específicas dos serviços assistenciais, aos indivíduos que por estar expostos a níveis elevados de um ou vários fatores de risco têm a probabilidade de padecê-la ou padecer-na. Deste modo, é imprescindível conseguir a terapêutica mais acertada para manter um adequado controle das cifras tensionais em ambos os casos, a modificação positiva dos estilos de vida é um pilar para obter estes benefícios. (AYRES, 2001)(MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 1996)

Em as atividades relativas à educação para a saúde, têm participação ativa o médico, a enfermeira, a técnica de enfermagem, os agentes de saúde, as organizações governamentais, os familiares e o paciente.

Temas para tratar nas atividades a desenvolver pela equipe de saúde:

Explicar os fatores de risco modificável.

Especificar aos usuários hipertensos quais são os fatores de risco não modificável.

Expor os valores normais a pressão arterial.

Abordar as atividades dirigidas à HTA no seio não só de um programa de atenção a doentes cardiovasculares (consultas de HIPER-DIA).

Recomendar a redução da ingestão média de gordura total aos 30 %-35 % da energia total, com uma contribuição de gorduras saturadas inferior aos 10 %.

Sugerir que a contribuição das gorduras poliinsaturadas (azeite vegetais e pescados) não deve ultrapassar o 10%, mantendo-se o consumo de gorduras monoinsaturadas (azeite de oliva) para que contribuam ao redor de 15 % das calorias diárias.

Explicar que a dieta recomendável se baseia no consumo de cereais, massa, arroz, fruta, verduras, papas, legumes, azeite de oliva ou sementes e pescado branco e azul. Informar que o aumento da ingestão de fibra alimentar é também benefícios.

Esta dieta é recomendável para a prevenção da arteriosclerose em general.

Indicar a moderação seu consumo de sal (não superando os 4-6 g/dia de cloreto de sódio). Comunicar o efeito na tensão arterial aumentada a partir de um consumo de 30 g/dia de álcool.

Induzir a evitar o tabaquismo. O fumo aumenta o colesterol total, o colesterol LDL e os triglicérides e diminui o colesterol HDL. Assim mesmo, influi negativamente sobre a

Tabela 3 – distribuição dos fatores de risco cardiovascular modificável

Fator de risco	Si	%	No	%	Total	%
Tabagismo	68	45,4	82	54,6	150	100
Obesidade	58	38,7	92	61,3	150	100
Hiperglicemia	37	24,7	113	75,3	150	100
Hipercolesterolemia	71	47,4	79	52,6	150	100
Sedentarismo	108	72	42	28	150	100
Dieta	Adec	%	Inad	%	Total	%
	30	20	120	80	150	100

hemóstase e a trombooses.

Fomentar a prática de exercício físico.

Insistir nos benefícios fisiológicos que comporta uma atividade física tão simples como caminhar pelo menos 30-45 minutos, 3-5 dias à semana a um passo a cada vez mais rápido que não chegue a produzir fadiga

Incentivar à redução do estresse

A Tabela 3 mostra a distribuição dos fatores de risco cardiovascular modificável em 150 pacientes com hipertensão arterial que constituem a mostra do estúdio na região de Porto Belo do Município Foz do Iguaçu de dezembro 2016 a junho de 2017, antes da intervenção é mostrado.

Como observamos na Tabela 3, vemos que relacionados ao estilo de vida, temos em primeiro lugar a dieta inadequada, presente nos 80 % dois pacientes (120), alguns por desconhecimento e outros por irresponsabilidade, em segundo lugar ou sedentarismo em 108 pacientes que corresponde ou 72 % seguidos estes pela hipercolesterolêmica (47,4 %), tabagismo (45,4 %) obesidade (38,7 %) e como último a hiperglicemia (24,7 %)

A Tabela 4 mostra a distribuição dos fatores de risco modificáveis após intervenção educativa.

Na tabela 4 observamos que após da intervenção educativa foram excelentes os resultados obtidos em quase todos os fatores estudados. Espera-se a mudança no estilo de vida como: diminuir de 80 % a 57,3 % os pacientes com uma dieta inadequada, incorporar uma maior quantidade de pacientes na prática de exercícios físicos logrando que o 50 % abandonara a vida sedentária, o tabagismo de um 45,4 % se reduz a um 32,7 %, a hipercolesterolêmica de um 47,4 % a um 33,3 %, a hiperglicemia de 24,7 % a 18,7 % e a obesidade de 38,7 % a 34 %, como se pode observar a mudança foi significativa.

Por ao menos o 30 % da população adulta sofre HTA, e em muitos países se a convertida na razão mais freqüente da consulta medica e a sido a principal indicação do uso dos fármacos. Afeta aproximadamente 50 milhões de pessoas no EE. UU, e a 691 milhões no

Tabela 4 – distribuição dos fatores de risco modificáveis após intervenção educativa

Fator de risco	Si	%	No	%	Total	%
Tabagismo	49	32,7	101	67,3	150	100
Obesidade	51	34	99	66	150	100
Hiperglicemia	28	18,7	122	81,3	150	100
Hipercolesterolemia	50	33,3	100	66,7	150	100
Sedentarismo	75	50	75	50	150	100
Dieta	Adec	%	Inad	%	Total	%
	64	42,7	86	57,3	150	100

todo o mundo. Com o aumento da idade populacional a prevalência de HTA aumenta também, a menos que se implantem muitas medidas preventivas eficazes (LIMA et al., 2007)

A maior parte da literatura demonstra a relação entre hipertensão e estilos de vida inadequados de ambiente moderno em que a humanidade se desenvolve hoje.

As medidas não farmacológicas são cada vez mais importantes no tratamento global dos pacientes, incluindo a redução de peso, exercício, diminuir a ingestão de álcool, café e rapé, aumento da ingestão de cálcio, magnésio, potássio e fibras, e as dietas pobres em gordura e restrição de sal, do ponto de vista da alimentação terapêutica, uma série de nutrientes que têm demonstrado sua relação com verificações de pressão arterial, entre eles são o sódio, potássio, magnésio, lipídios, e ingestão de energia total (FREIRE, 2002)(LIMA et al., 2007)

Investigadores destacados plantem que as dietas hipersódicas são diretamente proporcionais ao consumo de sal e que em relação a os oligoelementos a ingestões crônica de cádmio em pequenas quantidades predispoem a aparições de HTA, também o déficit de cobre, zinco, selênio, magnésio, e ferro já que os mesmos são parte do núcleo ativo das enzimas antioxidantes (A C GIL, 2002)

Necessidades de cloreto de sódio de todos os indivíduos são altamente variáveis , porque eles dependem de fatores como o clima, o trabalho físico feito, suor e temperatura corporal, etc. Agências internacionais, no entanto, recomendado para um adulto, de 1 grama de sal por dia, equivalente a 400 MG de sódio. A Organização Mundial de Saúde recomenda que a ingestão de sal não deva exceder seis gramas por dia nos países ocidentais e consumo diário pode chegar a 10-20 g / dia. (A C GIL, 2002)

O maior estudo epidemiológico internacional detecta que uma variação da ingestão de sódio 100 mml modifica a pressão sanguínea sistólica de 2,2 mmhg, enquanto o efeito sobre a pressão diastólica é menos importante. Na análise dos resultados foi encontrada uma relação positiva e significativa entre a ingestão de sódio e a inclinação da pressão

sistólica elevada com a idade.

Os autores concluíram que, embora possa parecer que a associação entre sódio e pressão arterial é marginal, a extrapolação para a população em geral dos resultados mostra que a redução da ingestão de sódio pode levar a uma economia considerável de vidas por causa da redução mortalidade cardiovascular (BRASIL, 2001)(OPAS, 2014)

Para a maioria dos pacientes na área da síndrome metabólica e, portanto, outras abordagens - higiênicas, juntamente com a redução da ingestão de sal, a pressão arterial pode melhorar nossos pacientes. Por exemplo, a redução de peso, permite benefícios adicionais no tratamento de hipertensão. Não devemos esquecer que o risco de desenvolver hipertensão é duas a seis vezes maiores em indivíduos com excesso de peso do que na de peso normal, a prevalência de hipertensão em pacientes obesos é duas vezes maior que o normal de peso e um aumento do peso relativo de 10 % do previsto um aumento na pressão arterial de 7 mm Hg.(OPAS, 2014)

Não é necessário para alcançar um peso ideal após o estabelecimento de uma dieta hipocalórica, está provado que as perdas que variam de 5-10% do peso inicial envolvem benefícios metabólicos para o paciente. Esta medida é muito importante no controle e gerenciamento de pacientes hipertensos, uma vez que alcançar um peso saudável pode potencialmente reduzir ou mesmo eliminar o tratamento medicamentoso para o controle da pressão arterial (OPAS, 2014).

O cheque da obesidade e conveniente para seguir uma dieta equilibrada, há uma relação importante entre obesidade e hipertensão, é por este motivo que redução de peso é a primeiro passo para recomendar a todas as pessoas com sua elevação da pressão arterial. Você deve perder peso, em caso de excesso de peso, desde que este excesso adiciona stress para o coração. Em alguns casos, a perda de peso pode ser o único tratamento necessário.

Recomendações dietéticas: tentar comer alimentos frescos, legumes, frutas, legumes, peixe fresco e carne de baixo teor de gordura, cozinhar com pouco sal e não leve o saleiro na mesa, bebida de preferência água, sucos de frutas e chás de ervas. Entre as possíveis mudanças na distribuição do macro nutrientes pode tomar para prescrever uma dieta de baixa caloria, uma das mais avaliadas está diminuindo as gorduras saturadas (gorduras de origem animal e alguns vegetais como palma e coco) e aumentar gorduras poliinsaturadas (sementes gorduras - ômega-6 e ômega -3 de peixes). (ALVES, 2004)(BRASIL, 2001)

Gordura saturada está associada com um decréscimo dos níveis de pressão, enquanto que o aumento do consumo de ácidos gordos poli-insaturados tem sido associado com o mesmo efeito benéfico (BRASIL, 2001)(ALVES, 2004)

Dentro de outro fator de risco importante temos a adequada pratica de exercícios físicos. Autores afirmam, "o exercício físico é a contração ativa e relaxação dos músculos, os quais podem ser classificados em função do tipo de contração muscular e segundo a fonte de energia (aeróbia e anaeróbia) " De igual referem, "o exercício físico implica a realização de movimentos corporais planejados e desenhados especificamente para estar

em forma física e gozar de boa saúde”. Para manter um estilo de vida saudável não é necessário realizar exercícios de muito esforço físico, se diz que somente com adquirir o hábito de caminhar dez mil passos diários se têm o exercício que precisamos para evitar riscos cardiovasculares, obesidade, hipertensão arterial e todo o que coadjuva a adquirir a síndrome metabólica, no mercado vendem na atualidade as equipes que medem os passos chamados pedômetros a um baixo custo, não sendo necessário isto para obter o hábito de caminhar diariamente (ALVES, 2005)(ROUQUAYROL; N, 2003)

O consumo de substâncias tóxicas é o uso incorreto de elementos nocivos para a saúde, que aos seres consumidos pelo indivíduo dá como resultado a toxicidade aguda ou crônica, pois, as substâncias tóxicas são elementos prejudiciais para a saúde. (OPAS, 2014)

No caso do tabaquismo é a toxicodependência que apresenta um indivíduo ao fumo, provocada principalmente por um de seus componentes ativos, a nicotina, acaba degenerando no abuso de seu consumo ou tabaquismo. “Isto é, o tabaquismo é uma doença crônica sistêmica, pertencente ao grupo dos vícios”.

Existem no mundo mais de 1.100 milhões de fumantes o que representa aproximadamente um terço da população maior de 15 anos. O hábito tabáquico supõe um fator de risco cardiovascular de primeira ordem, a nicotina tem um efeito pressor direto agudo, conquanto não parecesse que eleve a pressão arterial cronicamente. Por isso deve ser incluída a exclusão do hábito tabáquico nas mudanças do estilo de vida do paciente hipertenso. (OPAS, 2014)

Sobre os modos de vida reconhecem que a eliminação dos fatores de risco-álcool, droga e consumo de fumo, inatividade física, regime alimentar indevido e estrés podem ter uma repercussão positiva quantificáveis sobre a saúde individual bem como sobre a população em sua totalidade (BRASIL, 2002)(FREIRE, 2011)

Nenhuma abordagem dietética única para a prevenção e tratamento da hipertensão. Assim, as agências internacionais que procuram diversificar as recomendações e do Programa de Educação Nacional Pressão arterial elevada, exige modificação higiênico quatro fatores - dieta para a prevenção e controle da hipertensão arterial primária: obesidade, tabagismos, sedentarismo, hiperglicemia, hipercolesterolêmica (BRASIL, 2002)(ALVES, 2004)

Estes constituem os pilares de nossa intervenção na comunidade.

Os pacientes hipertensos em dependência das cifras tensionais e o dano nos diferentes órgãos alvos (coração, rins, olhos, sistema endócrino metabólico) vão ter diferentes níveis de atenção, para isto é necessário que a cada hipertenso se realize estudos onde possa ser definido o nível de danos de seus órgãos e assim organizar a atenção deste grupo de pacientes com doença crônica não transmissíveis com ou sem dano orgânico e poder remeter às diferentes especialidades como cardiologista, endocrinologista, nefrologista e oftalmologista.

No caso de nossos pacientes não pôde ser completado o estudo porque para isto se

Consulta hiper dia	F	%	M	%	T	%
Antes da intervenção	21	14	46	30,6	67	44,6
Depois da intervenção	54	36	89	59,3	143	95,3

precisam realizar exames que não estão incluídos no SUS ao igual que as diferentes especialidades que devem avaliar aos pacientes com danos orgânicos, pelo que só organizamos sua atenção em base às cifras tensionais e fatores de riscos associados.

Nossa equipe de saúde realiza as consultas de HIPER-DIA mensalmente como esta orientada pelo programa, avaliando o comportamento das cifras tensionais e alguma complicação que possa ser detectado ao exame físico, e a presença de fatores de riscos modificável a traves dos exames complementários que estão ao alcance da comunidade para trabalhar com eles, as dislipidemias, também trabalhamos com os obesos e os hábitos tóxicos com o apoio da nutricionista e psicóloga.

A tabela 5 mostra o comportamento da assistência dos pacientes hipertensos à consulta de HIPER-DIA, comparando antes e após a intervenção educativa.

Antes da intervenção educativa o nível de assistência a consultas de HIPER-DIA deste grupo de pacientes que constituíram a mostra (150) era de 44,6% (67), e como observamos em a tabela 5 depois da intervenção educativa 143 pacientes assistem sem dificuldades a lãs consultas programadas pela equipe de saúde, o que demonstra que o 95,3% entendeu a importância do controle e rastreamento periódico para melhorar sua qualidade de vida.

O Programa de Hipertensão segue as diretrizes do Ministério da Saúde, tendo uma coordenação nacional e as coordenações estaduais e municipais. Em 2001 foi criado pelo Ministério da Saúde um cadastro nacional de hipertensos – chamado SIS-HIPERDIA com a intenção de se formar um banco de dados e conhecer melhor o perfil epidemiológico desta população para nortear melhor a implantação das políticas públicas voltadas a este público.

Os principais objetivos do programa são:

- Atuar na promoção da saúde, na atenção primária através de medidas preventivas tais como prevenção e controle da obesidade.
- Diagnosticar e tratar precocemente os casos de hipertensão através da realização do rastreamento em pacientes de risco.
- Promover a busca ativa dos portadores de hipertensão na área de abrangência das unidades de saúde considerando a prevalência na população adulta.
- Manter o controle dos pacientes hipertensos através do fornecimento dos medicamentos com a intenção de reduzir as complicações agudas e crônicas.
- Realizar grupos de educação em saúde para que o paciente conheça melhor sua condição de saúde e os fatores que podem contribuir para seu agravo, promovendo nesta população o auto-cuidado apoiado, de forma que o paciente seja estimulado a se engajar em mudanças necessárias para a melhoria de sua condição e se responsabilize pela manutenção de sua saúde.

Para o cumprimento deste programa de hipertensão arterial apoiamo-nos nos familiares dos pacientes e lidere-os da comunidade que jogam um papel importantíssimo em o pesquisar, controle e educação sanitária deste grupo de doentes.

Em o 85% dos pacientes consigo-se o apoio dos familiares, não sendo assim em o restante 15% que são famílias disfuncionais.

A saúde concebe-se como o ótimo estado de bem-estar social e individual incluindo seus aspectos psicológicos, culturais e biológicos. Por tanto deve ser o resultado de um processo coletivo de interação integral onde Estado, sociedade e indivíduos construam de maneira concorrente uma vida sã, sócia a estilos de vida, condições de trabalho, habitat, recreação, ambiente e serviços de saúde que apontem ao lucro da saúde como um direito social fundamental.

Isto é que não somente é saúde ausência de doença ou bem-estar bio-psico social, senão qualidade de vida, desfrutar dos direitos que se consagram em nossa carta magna, como são segurei social, física, econômica e trabalho etc., e o mais importante para melhorar a qualidade de vida para prevenir doenças e /ou complicações como são os estilos de vida saudável.

Ao incursionar na temática de estilos de vida saudáveis, não é possível o fazer através a uma listagem de comportamentos individuais e coletivos que definem o que fazer ou não fazer para viver mais ou menos anos, independente de como se vivem (BRASIL, 2002)

É necessário em primeiro lugar, adentrarmos no conceito de Qualidade de Vida e um pouco para além neste como componente do desenvolvimento humano orientado para que fizer, individual e coletivamente, para a satisfação das necessidades humanas. Segundo a Organização Mundial da Saúde, (OMS. 2004)

Os estilos de vida saudável são uma estratégia global, que faz parte de uma tendência moderna de saúde, basicamente estão enquadradas dentro da prevenção de doenças e promoção da saúde para melhorar os fatores de risco como a alimentação pouco saudável e o sedentarismo, os estilos de vida saudável têm que ver com atividade física e alimentação para prevenir doenças de tipo metabólico, cardiovascular. (FREIRE, 2011)

Neste sentido se afirma os processos sociais, as tradições, os hábitos, condutas e comportamentos dos indivíduos e grupos de população que implicam à satisfação das necessidades humanas para atingir o bem-estar e a vida.

Portanto, os estilos de vida são determinados da presença de fatores de risco e/ou de fatores protetores para o bem-estar, pelo qual devem ser vistos como um processo dinâmico que não só se compõe de ações ou comportamentos individuais, senão também de ações de natureza social. (BRASIL, 2002)

Nesta forma elabora-se uma listagem de estilos de vida saudáveis ou comportamentos saudáveis, que ao os assumir responsabilmente ajudam a prevenir desajustes biopsico-sociales - espirituais e manter o bem-estar para gerar qualidade de vida, satisfação de necessidades e desenvolvimento humano.

Alguns Estilos de Vida Saudáveis mais importantes:

Controle de fatores de risco como obesidade, sedentarismo, tabaquismo, alcoolismo, abuso de medicamentos e do estresse.

Capacidade de autocuidado.

Ocupação de tempo livre e desfrute do lazer.

Comunicação e participação a nível familiar e social.

Acessibilidade a programas de bem-estar, saúde, culturais, recreativos.

Portanto, a estratégia para desenvolver estes estilos de vida saudáveis é em um sozinho termo, o compromisso individual e social; convencidos de que só assim se satisfazem necessidades fundamentais, se melhora a qualidade de vida e se atinge o desenvolvimento humano em termos da dignidade da pessoa (BRASIL, 2002)

Referências

- A C GIL. Como elaborar projetos de pesquisa. Atlas,, São Paulo:, n. 4, 2002. Citado 3 vezes nas páginas 23, 27 e 31.
- ALVES, V. S. *Educação em Saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no Programa Saúde da Família*. Salvador-Ba: Instituto de Saúde Coletiva, 2004. Citado 6 vezes nas páginas 9, 17, 23, 29, 32 e 33.
- ALVES, V. S. *Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial*. Salvador-Ba: Interface – Comunic., Saúde, Educ, 2005. Citado 4 vezes nas páginas 9, 17, 23 e 33.
- ALVES, V. S.; FRANCO, A. L. S. *Estratégias comunicacionais do médico de Saúde da Família para Educação em Saúde no contexto clínico*. Brasília: Ciênc. Saúde Colet, 2003. Citado 4 vezes nas páginas 9, 17, 23 e 29.
- AYRES, J. R. C. M. *Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde*. Brasília: Ciênc. Saúde Colet., 2001. Citado 4 vezes nas páginas 9, 17, 23 e 29.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Citado 5 vezes nas páginas 9, 17, 23, 24 e 32.
- BRASIL, M. da Saúde do. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2002. Citado 3 vezes nas páginas 33, 35 e 36.
- CURRENT, J. E. et al. *Medicina de família e comunidade: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: AMGH, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 18.
- FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro,: Rio de Janeiro,, 2002. Citado 2 vezes nas páginas 20 e 31.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro.: Rio de Janeiro., 2011. Citado 2 vezes nas páginas 33 e 35.
- FUCHS, F. *Hipertensão Arterial Sistêmica*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996. Citado 4 vezes nas páginas 9, 12, 17 e 20.
- LIMA, I. et al. A consulta médica no contexto do programa saúde da família. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*, p. 84–94, 2007. Citado 3 vezes nas páginas 11, 19 e 31.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. *Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Brasília, n. 1, 1996. Citado na página 29.
- ONU, O. das N. U. *Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*. 2014. Disponível em: <http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/2&referer=http://www.un.org/depts/dhl/resguide/r66_en.shtml&Lang=S>. Acesso em: 10 Ago. 2014. Citado na página 20.

OPAS, O. P.-A. da S. *Relatório sobre a Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis*. 2014. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14620&Itemid>. Acesso em: 10 Ago. 2014. Citado 5 vezes nas páginas 19, 23, 24, 32 e 33.

PAIM, J. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador-Ba,: EDUFBA,, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 27 e 28.

PINHEIRO, R. et al. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, p. 1–228, 2003. Citado 7 vezes nas páginas 9, 10, 11, 17, 18, 19 e 24.

ROUQUAYROL, M.; N, A. *Epidemiologia Saúde*. Rio de Janeiro,: SCIELO, 2003. Citado 6 vezes nas páginas 9, 12, 17, 20, 21 e 33.

UNIDAS, O. das N. *High-level meeting to undertake the comprehensive review and assessment of the progress achieved in the prevention and control of Noncommunicable Diseases*. 2014. Disponível em: <http://www.un.org/en/ga/president/68/pdf/782014FINAL_Concept%20Note%20-%20NCDs%20HLM%2010%20and%2011%20July%202014.pdf4>. Acesso em: 10 Ago. 2014. Citado na página 20.