



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

Ivia Andrea Paredes Garay

Hipertensão arterial e a Educação em Saúde na  
Unidade Básica de Saúde da Família Jardim São Paulo  
II em Foz do Iguaçu, Paraná

Florianópolis, Março de 2018



Ivia Andrea Paredes Garay

Hipertensão arterial e a Educação em Saúde na Unidade Básica de Saúde da Família Jardim São Paulo II em Foz do Iguaçu, Paraná

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: Rodrigo Otávio Moretti Pires  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018



Ivia Andrea Paredes Garay

## Hipertensão arterial e a Educação em Saúde na Unidade Básica de Saúde da Família Jardim São Paulo II em Foz do Iguaçu, Paraná

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

---

**Rodrigo Otávio Moretti Pires**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018



# Resumo

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui um importante problema de saúde pública. A hipertensão arterial sistêmica ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica e constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas. O controle da HAS está diretamente relacionado ao controle dos fatores de riscos e ao grau de adesão do paciente a regime terapêutico. O presente trabalho descreve o projeto de intervenção com pacientes portadores de HAS, na Unidade Básica de Saúde da Família Jardim São Paulo II em Foz do Iguaçu, Paraná no período de dezembro 2016 a junho de 2017. A metodologia utilizada visou a implantação de grupos com o objetivo de desenvolver ações para refletir sobre o estilo de vida cotidiana relacionada à patologia crônica, caracterizada como educação em saúde sobre uma perspectiva de promoção, prevenção e principalmente no controle dos agravos, em meio as novas estratégias e ações que são apresentadas durante o tratamento, onde o indivíduo passa a transformar os antigos hábitos, e iniciar uma nova forma de ver e viver a vida, buscando assim qualidade e aprendendo a conviver com a doença de uma forma mais amena, resultando também na busca pelo aumento de sua autoestima. Os pacientes que tiveram a oportunidade de falar o que pensavam, participando das reuniões, onde foram mostrados alimentos adequados para evitar o excesso de peso e realizaram atividades físicas adaptadas para a idade e para as dificuldades conforme as suas patologias, estabeleceram metas individuais. Pode-se concluir que o projeto alcançou seu objetivo, proporcionando aos pacientes um controle mais eficaz da doença, bem como uma melhora da qualidade de vida, através da sua participação em grupos de educação em saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde, Hipertensão





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
2	<b>OBJETIVOS</b>	<b>19</b>
2.1	Objetivo Geral	19
2.2	Objetivos Específicos	19
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>21</b>
4	<b>METODOLOGIA</b>	<b>27</b>
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>31</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>35</b>



# 1 Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um problema grave de saúde pública mundial, devido à sua alta incidência. Ao incrementar a esperança de vida apareceram diversas doenças, uma das mais comuns é da hipertensão arterial (HTA) a qual há “marcado” a maior parte da população mundial, representa um importante fator de risco para outras doenças como a cardiopatia isquêmica, doenças cérebro vasculares, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal e retinopatia; sendo algumas destas as principais causas de morte a nível mundial. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) Estima-se que no mundo existam 691 milhões de pessoas que padecem de Hipertensão Arterial, e de 15 milhões de mortes por causas circulatórias, aproximadamente 7,2 milhões são por doenças coronárias e aproximadamente 4,6 milhões por doenças cerebrovasculares das quais o fator comum há sido a hipertensão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, sendo responsável por 40% das mortes por doença arterial coronariana. Vinte e nove por cento da população mundial tem a doença. É estimado 16 a 18 milhões de portadores de hipertensão arterial no Brasil, e que 50% está na população idosa, e atingindo mais pessoas do sexo feminino após os 50 anos de idade. Tende a ser mais prevalente entre negros, e também naqueles com história familiar de hipertensão. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Doenças Crônicas não Transmissíveis afetam cada vez mais um maior número de pessoas em vários países, sendo associadas a fatores de riscos bem conhecidos e determinados, pelo modo e estilo de vida onde se apresentam, surgindo, assim, a necessidade de estabelecer um sistema de vigilância que permita a observação, investigação e intervenção daqueles fatores e condições de qualquer tipo: biológicos, psicológicos, socioeconômicos e ambientais que influem na origem destas doenças. A HAS é uma doença crônica, cujo controle é essencial para a prevenção de complicações, relacionadas, como alteração cardiovascular e cerebral, dentre outras. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007)

A HAS constitui um sério problema de saúde pública em todo o mundo é comprovadamente um fator de risco para uma série de outras doenças e agravos à saúde. Em relação a dados brasileiros, sua prevalência oscila entre 15 e 20% na população adulta. O tratamento da HAS baseia-se em medidas não-farmacológicas e farmacológicas. Dentre as medidas farmacológicas, há inúmeras classes de anti-hipertensivos disponíveis, variando o seu mecanismo de ação, a sua potência, posologia e efeitos adversos. (ALVES; NUNES, 2006) Em que pese o grande avanço científico e tecnológico no manejo da hipertensão arterial ocorrido nos últimos anos, uma das grandes dificuldades atuais refere-se à adesão

dos pacientes aos tratamentos instituídos, ou seja, na mensuração de até que ponto o paciente segue as recomendações do profissional de saúde para o controle do seu problema de saúde. (ANDRADE, 2002a)

Considera-se adesão a um tratamento o grau de coincidência entre a prescrição médica, que inclui as orientações não farmacológicas e o comportamento adotado concretamente pelo paciente. No caso da HAS, envolve a extensão em que o comportamento do indivíduo (em termos de uso efetivo do medicamento, realização de mudanças no estilo de vida e comparecimento às consultas médicas) coincide com a prescrição do profissional de saúde. Assim, o controle inadequado da pressão arterial pode estar relacionado à falta de adesão do paciente hipertenso ao tratamento indicado. (GUS, 2004) A HAS caracteriza-se por ser uma doença crônica que se encontra bastante presente em nosso cotidiano e contribui para a formação das placas de atheroma e processos de hipertrofia na rede vascular e possui grande relevância entre os fatores de risco, a hipertensão revela-se como um dos mais importantes problemas de saúde pública do nosso país, com prevalência entre 10 e 42%. Está presente em 15% a 20% da população adulta e em mais de 50% nos idosos. (STRELEC, 2003)

Devido a sua alta cronicidade tende a desencadear várias complicações no organismo do indivíduo, tais como: doença cerebrovascular, doença renal crônica, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca e doença vascular de extremidades. A hipertensão arterial apresenta características específicas do processo de cronicidade, a qual se caracteriza por ser uma doença de natureza prolongada, com uma multiplicidade de fatores associados, de curso assintomático, com evolução clínica lenta, prolongada e permanente, passível de diversas complicações, a hipertensão arterial pode tornar-se resistente, quando a PA é maior ou igual a 140/90 mmHg e o paciente está em uso de três ou mais anti-hipertensivos em doses apropriadas, incluindo um diurético, onde a permanência desses níveis elevados, pode gerar lesões de órgãos-alvo e aumenta o risco de mortalidade por doenças cardiovasculares. (BLOCH, 2008)

A PA de um indivíduo é considerada normal quando está abaixo de 140/90 e o mesmo passa a ser considerado um paciente com hipertensão quando apresenta em diversas verificações de PA, uma pressão maior ou igual a 140/90. A PA pode ser definida de diversas formas, onde a mesma pode ser classificada como ótima, normal, limítrofe, hipertensão em estágio 1, 2 e 3 e hipertensão sistólica isolada. (JUNIOR, D.M, 2007) Para determinar se um indivíduo é realmente hipertenso o primeiro passo seria a medida da PA, para que a PA seja fidedigna, a mesma deve passar pelos seguintes procedimentos: o indivíduo deve repousar por pelo menos cinco minutos, a bexiga deve estar vazia, não deve ter realizado atividade física 60 a 90 minutos antes, não deve ter ingerido bebidas alcoólicas, café ou ter fumado 30 minutos antes, deve manter pernas descruzadas, e remover roupas do braço, onde o manguito será colocado e posicionar o braço na altura do coração. Além disso, se faz necessário verificar a PA do indivíduo no mínimo três vezes e em ocasiões diferentes,

---

na primeira avaliação a PA deve ser obtida em ambos os braços e em caso de diferença, utiliza-se a de maior valor. (JUNIOR, D.M, 2007) Dependendo da PA atingida por cada indivíduo, cabe aos profissionais de saúde orientar os pacientes de forma coerente, levando em consideração a PA e o estilo de vida, para cada valor de PA sistólica e ou diastólica, o indivíduo pode necessitar de reavaliações com 1, 2 ,3 meses e 1 ano, mudar estilo de vida e realizar um mapeamento de PA. (JUNIOR, D.M, 2007).

A HAS caracteriza-se por ser um importante fator de risco cardiovascular, o qual pode ser controlado no cotidiano da população, através de estilos de vida saudáveis e tratamento adequado, logo se destaca como um fator de risco modificável a hipertensão juntamente com o tabagismo, diabetes e dislipidemias, constitui-se um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, responsáveis por cerca de 30% das mortes. (JUNIOR, D.M, 2007).

Sendo uma doença crônica a HAS pode sofrer influência de diversos fatores de risco, os quais podem desencadear a doença ou intensificá-la, os principais fatores de risco são os imutáveis (idade, sexo, raça e fatores hereditários), que não podem ser modificados e os fatores ambientais modificáveis (dieta inadequada, alcoolismo, sal em excesso, obesidade, sedentarismo, tabagismo, estresse, depressão, diabetes e hipercolesterolemia). Além disso, existem fatores socioeconômicos que tendem a interferir significativamente, na vida cotidiana da população, podendo causar flutuações no controle da pressão arterial, os indivíduos que possuem um nível socioeconômico mais baixo, estão associados a uma maior prevalência de HAS e de fatores risco, para a elevação da PA, além de maior risco de lesão de órgãos-alvo e eventos cardiovasculares, no entanto existem possíveis fatores associados que podem interferir, tais como: hábitos dietéticos inadequados, índice de massa corpórea aumentada, alcoolismo, menor acesso aos cuidados de saúde e nível educacional. A presença dos fatores de risco ocorre mais comum mente sobre a forma combinada e além dos fatores hereditários, os fatores ambientais podem contribuir para uma maior agregação desses fatores, em famílias que apresentam estilos de vida pouco saudável combinação de fatores de risco entre indivíduos hipertensos parece variar com a idade, predominando o sedentarismo, a obesidade, a hiperglicemia e a dislipidemia. (BLOCH, 2008).

A PA tende a aumentar linearmente com a idade, nos indivíduos jovens a hipertensão decorre mais frequentemente do aumento na pressão diastólica, enquanto que a partir da sexta década, o principal componente é a elevação da pressão sistólica. (SUZANNE; BRENDA, 2002). Devido à complexidade do tabagismo os profissionais de saúde podem fazer uso de várias técnicas que podem ser utilizadas para fazer uma pessoa parar de fumar, como: orientações sobre os malefícios do cigarro, mensagens de motivação, grupos de apoio, medicamentos, terapias complementares (acupuntura, hipnose) os indivíduos que param de fumar reduzem seus riscos de cardiopatia em 30 a 50% dentro dos primeiros anos e o risco continua a declinar enquanto se abstiverem do tabagismo. (SUZANNE; BRENDA, 2002).

A dieta seguida diariamente por um indivíduo está intimamente relacionada com seu estilo de vida, ou seja, no seu cotidiano, o que poderá com que o indivíduo tenha um maior ou menor predisposição a desenvolver alguma patologia, como hipertensão, diabetes, doenças cardíacas, renais uma dieta que apresenta excesso de sal contribui para o surgimento da hipertensão e a relação entre o aumento da pressão e avanço da idade é maior em populações com maior ingestão de sal e aqueles indivíduos apresentam uma dieta com baixo teor de sal têm menor prevalência de HAS e a pressão não se eleva com a idade. (JUNIOR, D.M, 2007).

Além disso, a partir do controle da dieta poderemos estabelecer uma quantidade adequada diária de carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas, sais minerais e fibras, que poderão ajudar no controle da pressão, diabetes, hipercolesterolemia, diminuir a obesidade. A população em geral deve ter uma dieta que contenha 30% menos de lipídios (com menos de 10% oriundos de lipídios saturados) e menos de 300mg de colesterol, mas quando um indivíduo apresentar LDL elevado, HDL diminuído e diagnóstico de doença coronariana, a sua dieta deve ter menos de 7% de lipídios saturados e menos de 200mg de colesterol. Para que o indivíduo consiga reduzir os níveis de colesterol, o ideal seria um maior consumo de fibras, as quais são encontradas em algumas frutas e folhas verdes, as fibras estimulam a excreção do colesterol metabolizado e é necessário um consumo diário mínimo de 25 a 30 mg. (SUZANNE; BRENDA, 2002). O sedentarismo contribui para o aumento de peso e do colesterol. O sedentarismo tem sido considerado um fator de risco importante para as doenças cardiovasculares. Onde o hábito de realizar alguma atividade física poderia diminuir este quadro, o exercício aeróbico apresenta efeito hipotensor maior em hipertensos, do que em normotensos. (NERY, 2007).

A obesidade caracteriza-se pelo aumento anormal de peso e pode causar mudanças no colesterol e está inter-relacionada com o sedentarismo e os hipertensos obesos devem instituir uma dieta com baixo teor calórico e aumentar a atividade física, o excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão e, além disso, a obesidade aumenta a prevalência da associação de múltiplos fatores de risco Apesar de a obesidade estar fortemente relacionada com o aumento da pressão arterial, nem todos os indivíduos obesos tornam-se hipertensos e a perda de peso acarreta uma diminuição da pressão, o aumento do peso e da circunferência abdominal são índices de prognósticos importantes da hipertensão, sendo a obesidade um indicador de risco cardiovascular.(ANDRADE, 2002b). A diabetes induz alterações macro vasculares, microvasculares, neuropáticas decorrentes dos distúrbios metabólicos e principalmente de alterações no nível de açúcar no sangue os distúrbios no metabolismo do diabético tornam-se extremamente predisponentes à doença ateromatosa coronariana e, nos últimos anos, têm-se dado importância à síndrome metabólica X, que é a relação entre a obesidade abdominal, hipertensão, dislipidemia, intolerância à glicose e resistência insulínica. (BLOCH, 2008).

A hipercolesterolemia causa hiperlipidêmica em alguns indivíduos, ou seja, eleva a contagem de triglicerídeos, LDL (mau colesterol) e diminui o HDL (bom colesterol). Estes são parâmetros que predispõem a formação de coágulos e futuros trombos. Apesar de o colesterol ser necessário para a síntese hormonal e formação da membrana celular, ele é encontrado em grandes quantidades no cérebro e tecido nervoso e as principais fontes de colesterol são a dieta (produtos animais) e o fígado e apesar de sua importância, os níveis elevados de colesterol aumentam o risco de doença da artéria coronária e os fatores de risco que podem causar variações são: idade, sexo, dieta, padrões de exercícios e níveis de glicose. (BERNIK, 2005).

O estresse causa modificações hormonais no organismo, mas este é um processo normal de muitas situações de perigo e do dia-a-dia. No entanto, quando estas alterações deixam de ser benéficas e tornam-se um processo crônico, fazendo com que o indivíduo passe por situações de estresse diariamente, acaba deteriorando o corpo e fazendo com que a pessoa se torne predisposta a várias patologias cardíacas. O estresse é uma adaptação fisiológica, mas quando a resposta do organismo se torna patológica, gera distúrbios transitórios e doenças graves e no mínimo, agrava as já existentes. (PASTORE, 2002).

Para que o paciente hipertenso consiga controlar a PA, é necessário que o mesmo possua o aporte de uma equipe multiprofissional, já que a hipertensão é uma doença multifatorial, ou seja, pode ser desencadeada por diversos fatores de risco, que necessitam de profissionais capacitados e especializados no cuidado, tratamento e prevenção de cada um desses fatores, ações preventivas e terapêuticas direcionadas à HAS, reduzem a morbimortalidade associada às doenças cardiovasculares a detecção precoce da pressão arterial alta e a aderência de um regime terapêutico, podem evitar consequências que estão associadas à pressão arterial elevada não-tratada e o controle da hiperglicemia sem modificar outros fatores de risco, não reduz o risco de cardiopatias. (OIGMAN, 2006).

Para prevenir e tratar a HAS é necessário que o paciente e a equipe de saúde tenham conhecimento sobre a doença, suas inter-relações e complicações, o que implicará na maioria das vezes, mudanças no estilo de vida, onde a mudança no estilo de vida é um processo lento e por dependerem de medidas educativas, necessitam de continuidade. (CASTRO; FUCHS, 2008). O tratamento anti-hipertensivo tem como objetivo principal, reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular e apesar do tratamento, a hipertensão é pouco controlada, onde a falta de controle da pressão arterial é um desafio para os profissionais de saúde, pois vários fatores de risco interferem na adesão ao tratamento, dentre esses fatores podemos destacar o conhecimento do paciente sobre a doença e o seu comportamento frente à tomada da medicação. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

O tratamento do paciente hipertenso pode dividir-se em medicamentoso e não medicamentoso, os quais têm como objetivo, a adoção de um estilo de vida saudável, o qual proporcionará em uma redução da morbidade e da mortalidade a associação desses

dois tratamentos objetiva a redução da pressão arterial para valores inferiores à 140/90 mmHg, respeitando-se as características individuais, a presença de doenças ou condições associadas e a qualidade de vida dos pacientes. O tratamento não- medicamentoso está relacionado a mudanças alimentares, ou seja, redução de sal, gorduras, frituras e massas, aumento do consumo de frutas, verduras e legumes, controle do peso, redução ou abandono do tabagismo e etilismo, realização de exercícios físicos regularmente, como a caminhada, corridas e outros esportes. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os vários motivos para o fracasso terapêutico representam um grande desafio para os profissionais de saúde, que têm como objetivo, o bem-estar do paciente, onde a não- adesão terapêutica está incluída entre os motivos desse fracasso no tratamento as maiores barreiras à aderência ao tratamento poderiam ser categorizadas como problema de comunicação médico-paciente, custo e efeitos colaterais das drogas. (SILVA, 2004). A adesão terapêutica é de extrema importância para o hipertenso, já que através dela, os profissionais de saúde terão uma melhor resposta do paciente, com relação ao tratamento da hipertensão. No entanto, esta é uma questão de extrema complexidade, já que o paciente poderá sofrer grandes influências no seu cotidiano, que poderão interferir no tratamento medicamentoso e não medicamentoso, ou seja, causando uma possível diminuição da adesão ao tratamento, para que se consiga uma boa adesão terapêutica, há necessidade de se fazer uma avaliação dos esquemas terapêuticos, eliminação de razões de não-controle, relativas ao prescrito e ao paciente, busca de causas secundárias e automonitorização.(BORELLI, 2011).

Uma vez que o paciente se sinta esclarecido sobre sua doença, e que se estabeleça o elo entre eles, o paciente tende a assumir responsabilidade pelos cuidados com sua saúde, juntamente com o profissional. Além dessa relação interpessoal, deve-se considerar também como fator importante, que os pacientes hipertensos experimentam a influência de variados determinantes de adaptação às doenças crônicas que dependem da característica de personalidade do indivíduo, dos seus mecanismos de enfrentamento de problemas, do seu autoconceito, autoimagem e autoestima, da experiência prévia com a doença e/ou doenças e, ainda, das atitudes dos cuidadores da área de saúde. Uma das dificuldades encontradas no atendimento a pessoas hipertensas no ESF em que trabalho é a falta de adesão ao tratamento, pois dentre os hipertensos atendidos que fazem tratamento, poucos têm a pressão arterial controlada. A não-adesão do cliente ao tratamento tem constituído um grande desafio para nós profissionais de saúde. O baixo nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial sistêmica favorece a interrupção do tratamento. Eles não aceitam as mudanças no estilo de vida. O fato de o uso da medicação ser prolongado pode dificultar o tratamento (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 1999).

Existem dois tipos de tratamento para os hipertensos: não medicamentoso e medicamentoso. Um estilo de vida saudável é fundamental para controlar fatores ambientais que influenciam negativamente a pressão arterial<sup>5</sup>. Uma alimentação rica em frutas, verduras



e vegetais, evitar a ingestão excessiva de sal, combater o sedentarismo<sup>17</sup> e a obesidade<sup>16</sup>, evitar o álcool e o cigarro colaboram para a redução da pressão arterial<sup>5</sup> e para a diminuição do risco cardiovascular. Quando essas medidas não são suficientes para controlar a pressão arterial<sup>5</sup>, o médico pode optar por introduzir medicações hipotensoras com o objetivo de reduzir a morbidade<sup>26</sup> e a mortalidade<sup>27</sup> cardiovasculares. O tratamento medicamentoso deve estar sempre associado ao tratamento não medicamentoso. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). O Município também cumpre com a média nacional e Estadual onde a prevalência de hipertensão arterial aumenta com o avançar da idade onde o indivíduo entre 60 a 69 anos de idade ocupa o maior % e as mulheres som maioria (FREITAS et al., 2001).

Estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem de uma doença como a Hipertensão Arterial já que constituem o primeiro fator de risco de doenças cardiovasculares. Este desafio é sobretudo da Atenção Básica, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional Daí a importância de estimular estilos de vida mais saudáveis e determinar os fatores de risco para hipertensão arterial para levantar as ações de educação em saúde, especialmente em processos de prevenção que contribuem para a boa vida da comunidade. Este estudo se justifica pelo elevado número de hipertensos na área de abrangência da UBS Jardim São Paulo II no município de Foz do Iguaçu, sendo esta uma das causas mais frequentes de consulta médica. Tendo um 19% da prevalência do hipertensão arterial. Acredita-se que dentre os principais motivos para esse elevado número de hipertensos estão os hábitos alimentares inadequados, o excesso de peso, o sedentarismo, abandono do tratamento. Por isso foi desenvolvido o projeto de intervenção para criar oportunidades para que os hipertensos realizem mudanças no estilo de vida a fim de se obter melhor controle da pressão arterial.

#### Diario Parte 1.

A unidade básica de saúde (UBS) "Jardim São Paulo II" possui três equipes de saúde, com estratégia de saúde da família. Localiza-se na zona leste da cidade de Foz do Iguaçu, estado do Paraná. 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. Os principais atrativos são as Cataratas do Iguaçu, Itaipu, Parque das Aves e Espaço das Américas.

A área de abrangência este composto por oito 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 meia. O nível de alfabetização e educação é predominantemente baixo, atualmente este bairro está formado por 795 famílias. As medidas de saneamento são executadas pela coleta regular de lixo, tratamento de resíduos sólidos e controle de zoonoses. As condições de moradia são muito variadas, predominando casas de madeiras e barações, embora encontrasse também casas de alvenaria.

Em quanto al risco ambiental são várias famílias que vivem da coleta de recicláveis, mas existe quatro residências que recolhem e acumulam no quintal, trazendo riscos de focos para o dengue e criação de bichos peçonhentos

As principais áreas de risco para a população são os bairros periféricos que possuem condições precárias de moradia, o que favorece o aparecimento de doenças infecciosas. A renda familiar per capita nesses locais de maior risco é geralmente baixa. Grande parte da população adscrito nessas regiões são beneficiadas de renda social como Bolsa Família, Programa do Leite das Crianças e PROJOVEM.

A população total da equipe é aproximadamente 2152 pessoas, por sexo esta composta aproximadamente por 1182 mulheres (54,9%), e 970 homens (45,0%). A faixa etária abaixo dos 20 anos é de 1382 pessoas (64,2%), de 20 a 59 anos é de 497 pessoas (23,1%) e com mais de 60anos é de 273 pessoas (12,7%).

As principais demandas de consultas são pelas seguintes causas: hipertensão 51%, infecções respiratórias 19%, osteoartrite 12 %, diabetes mellitus 10%, doenças tireóideas 5 % e outras causas 3 %. As doenças e/ou agravos a saúde que mais acometem a população são as doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipotireoidismo, obesidade), síndromes depressivas.

Uma das doenças mais importantes que acomete a população é a hipertensão arterial. É a doença crônica mais comum na região, principal causa de mobilidade e mortalidade por outras doenças (cardiopatias, neuropatias, cerebrovascular, etc.), além de possuir custos socioeconômicos altos. 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 estimule estilos de vida mais saudáveis nos pacientes portadores de Hipertensão Arterial em nossa comunidade.

Este trabalho será realizado em conjunto com a equipe de saúde e com a comunidade, é importante principalmente para os usuários cadastrados nas unidades 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.

O baixo nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial sistêmica favorece a interrupção do tratamento. Eles não aceitam as mudanças no estilo de vida. O fato de o uso da medicação ser prolongado pode dificultar o tratamento). Existem dois tipos de tratamento para os hipertensos: não medicamentoso e medicamentoso. Um estilo de vida saudável é fundamental para controlar fatores ambientais que influenciam negativamente a pressão arterial<sup>5</sup>. Uma alimentação rica em frutas, verduras e vegetais, evitar a ingestão excessiva de sal, combater o sedentarismo<sup>17</sup> e a obesidade<sup>16</sup>, evitar o álcool e o cigarro colaboram para a redução da pressão arterial<sup>5</sup> e para a diminuição do risco cardiovascular. Quando essas medidas não são suficientes para controlar a pressão arterial<sup>5</sup>, o médico pode optar por introduzir medicações hipotensoras com o objetivo de reduzir a morbidade<sup>26</sup> e a mor-

talidade<sup>27</sup> cardiovasculares. O tratamento medicamentoso deve estar sempre associado ao tratamento não medicamentoso.

O Município também cumpre com a média nacional e Estadual onde a prevalência de hipertensão arterial aumenta com o avançar da idade onde o indivíduo entre 60 a 69 anos de idade ocupa o maior % e as mulheres som maioria.

Estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem de uma doença como a Hipertensão Arterial já que constituem o primeiro fator de risco de doenças cardiovasculares. Este desafio é sobretudo da Atenção Básica, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional

Daí a importância de estimular estilos de vida mais saudáveis e determinar os fatores de risco para hipertensão arterial para levantar as ações de educação em saúde, especialmente em processos de prevenção que contribuem para a boa vida da comunidade.

Este estudo se justifica pelo elevado número de hipertensos na área de abrangência da UBS jardim São Paulo II, no município de foz do Iguaçu, sendo esta uma das causas mais frequentes de consulta médica. Acredita-se que dentre os principais motivos para esse elevado número de hipertensos estão os hábitos alimentares inadequados, o excesso de peso, o sedentarismo, abandono do tratamento. Por isso foi desenvolvido o projeto de intervenção para criar oportunidades para que os hipertensos realizem mudanças no estilo de vida a fim de se obter melhor controle da pressão arterial.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Estimular mudanças no estilo de vida dos pacientes hipertensos da UBS Jardim São Paulo II, no município Foz do Iguaçu a fim de se obter melhor controle da doença.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os pacientes hipertensos conforme a idade e sexo.
- Identificar os fatores de risco mais frequentes presentes em nosso grupo escolhido.
- Conhecer os principais motivos de abandono de tratamento.
- Desenvolver ações de educação em saúde e compartilhar com a comunidade os conhecimentos sobre a prevenção e tratamento da HTA, com práticas saudáveis de vida.



### 3 Revisão da Literatura

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um problema grave de saúde pública mundial, devido à sua alta incidência. Ao incrementar a esperança de vida apareceram diversas doenças, uma das mais comuns é da hipertensão arterial (HTA) a qual há “marcado” a maior parte da população mundial, representa um importante fator de risco para outras doenças como a cardiopatia isquêmica, doenças cérebro vasculares, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal e retinopatia; sendo algumas destas as principais causas de morte a nível mundial. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) Estima-se que no mundo existam 691 milhões de pessoas que padecem de Hipertensão Arterial, e de 15 milhões de mortes por causas circulatórias, aproximadamente 7,2 milhões são por doenças coronárias e aproximadamente 4,6 milhões por doenças cerebrovasculares das quais o fator comum há sido a hipertensão arterial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007)

Doenças Crônicas não Transmissíveis afetam cada vez mais um maior número de pessoas em vários países, sendo associadas a fatores de riscos bem conhecidos e determinados, pelo modo e estilo de vida onde se apresentam, surgindo, assim, a necessidade de estabelecer um sistema de vigilância que permita a observação, investigação e intervenção daqueles fatores e condições de qualquer tipo: biológicos, psicológicos, socioeconômicos e ambientais que influem na origem destas doenças. A HAS é uma doença crônica, cujo controle é essencial para a prevenção de complicações, relacionadas, como alteração cardiovascular e cerebral, dentre outras. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007) A HAS constitui um sério problema de saúde pública em todo o mundo é comprovadamente um fator de risco para uma série de outras doenças e agravos à saúde. Em relação a dados brasileiros, sua prevalência oscila entre 15 e 20% na população adulta. O tratamento da HAS baseia-se em medidas não-farmacológicas e farmacológicas. Dentre as medidas farmacológicas, há inúmeras classes de anti-hipertensivos disponíveis, variando o seu mecanismo de ação, a sua potência, posologia e efeitos adversos. (ALVES; NUNES, 2006)

A HAS caracteriza-se por ser uma doença crônica que se encontra bastante presente em nosso cotidiano e contribui para a formação das placas de ateroma e processos de hipertrofia na rede vascular e possui grande relevância entre os fatores de risco, a hipertensão revela-se como um dos mais importantes problemas de saúde pública do nosso país, com prevalência entre 10 e 42%. Está presente em 15% a 20% da população adulta e em mais de 50% nos idosos. Considera-se adesão a um tratamento o grau de coincidência entre a prescrição médica, que inclui as orientações não farmacológicas e o comportamento adotado concretamente pelo paciente. No caso da HAS, envolve a extensão em que o comportamento do indivíduo (em termos de uso efetivo do medicamento, realiza-

ção de mudanças no estilo de vida e comparecimento às consultas médicas) coincide com a prescrição do profissional de saúde. Assim, o controle inadequado da pressão arterial pode estar relacionado à falta de adesão do paciente hipertenso ao tratamento indicado. (STRELEC, 2003)

Devido a sua alta cronicidade tende a desencadear várias complicações no organismo do indivíduo, tais como: doença cerebrovascular, doença renal crônica, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca e doença vascular de extremidades. A hipertensão arterial apresenta características específicas do processo de cronicidade, a qual se caracteriza por ser uma doença de natureza prolongada, com uma multiplicidade de fatores associados, de curso assintomático, com evolução clínica lenta, prolongada e permanente, passível de diversas complicações, a hipertensão arterial pode tornar-se resistente, quando a PA é maior ou igual a 140/90 mmHg e o paciente está em uso de três ou mais anti-hipertensivos em doses apropriadas, incluindo um diurético, onde a permanência desses níveis elevados, pode gerar lesões de órgãos-alvo e aumenta o risco de mortalidade por doenças cardiovasculares. (BLOCH, 2008)

A PA de um indivíduo é considerada normal quando está abaixo de 140/90 e o mesmo passa a ser considerado um paciente com hipertensão quando apresenta em diversas verificações de PA, uma pressão maior ou igual a 140/90. A PA pode ser definida de diversas formas, onde a mesma pode ser classificada como ótima, normal, limítrofe, hipertensão em estágio 1,2 e 3 e hipertensão sistólica isolada. Para determinar se um indivíduo é realmente hipertenso o primeiro passo seria a medida da PA, para que a PA seja fidedigna, a mesma deve passar pelos seguintes procedimentos: o indivíduo deve repousar por pelo menos cinco minutos, a bexiga deve estar vazia, não deve ter realizado atividade física 60 a 90 minutos antes, não deve ter ingerido bebidas alcoólicas, café ou ter fumado 30 minutos antes, deve manter pernas descruzadas, e remover roupas do braço, onde o manguito será colocado e posicionar o braço na altura do coração. Além disso, se faz necessário verificar a PA do indivíduo no mínimo três vezes e em ocasiões diferentes, na primeira avaliação a PA deve ser obtida em ambos os braços e em caso de diferença, utiliza-se a de maior valor. (8) Dependendo da PA atingida por cada indivíduo, cabe aos profissionais de saúde orientar os pacientes de forma coerente, levando em consideração a PA e o estilo de vida, para cada valor de PA sistólica e ou diastólica, o indivíduo pode necessitar de reavaliações com 1, 2 ,3 meses e 1 ano, mudar estilo de vida e realizar um mapeamento de PA. (JUNIOR, D.M, 2007)

A PA tende a aumentar linearmente com a idade, nos indivíduos jovens a hipertensão decorre mais frequentemente do aumento na pressão diastólica, enquanto que a partir da sexta década, o principal componente é a elevação da pressão sistólica. Devido à complexidade do tabagismo os profissionais de saúde podem fazer uso de várias técnicas que podem ser utilizadas para fazer uma pessoa parar de fumar, como: orientações sobre os malefícios do cigarro, mensagens de motivação, grupos de apoio, medicamentos, terapias



complementares (acupuntura, hipnose) os indivíduos que param de fumar reduzem seus riscos de cardiopatia em 30 a 50% dentro dos primeiros anos e o risco continua a declinar enquanto se absterem do tabagismo.

A dieta seguida diariamente por um indivíduo está intimamente relacionada com seu estilo de vida, ou seja, no seu cotidiano, o que poderá com que o indivíduo tenha um maior ou menor predisposição a desenvolver alguma patologia, como hipertensão, diabetes, doenças cardíacas, renais uma dieta que apresenta excesso de sal contribui para o surgimento da hipertensão e a relação entre o aumento da pressão e avanço da idade é maior em populações com maior ingestão de sal e aqueles indivíduos apresentam uma dieta com baixo teor de sal têm menor prevalência de HAS e a pressão não se eleva com a idade. Além disso, a partir do controle da dieta poderemos estabelecer uma quantidade adequada diária de carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas, sais minerais e fibras, que poderão ajudar no controle da pressão, diabetes, hipercolesterolêmica, diminuir a obesidade. A população em geral deve ter uma dieta que contenha 30% menos de lipídios (com menos de 10% oriundos de lipídios saturados) e menos de 300mg de colesterol, mas quando um indivíduo apresentar LDL elevado, HDL diminuído e diagnóstico de doença coronariana, a sua dieta deve ter menos de 7% de lipídios saturados e menos de 200mg de colesterol. Para que o indivíduo consiga reduzir os níveis de colesterol, o ideal seria um maior consumo de fibras, as quais são encontradas em algumas frutas e folhas verdes, as fibras estimulam a excreção do colesterol metabolizado e é necessário um consumo diário mínimo de 25 a 30 mg. (JUNIOR, D.M, 2007)(SUZANNE; BRENDA, 2002)

O sedentarismo contribui para o aumento de peso e do colesterol. O sedentarismo tem sido considerado um fator de risco importante para as doenças cardiovasculares. Onde o hábito de realizar alguma atividade física poderia diminuir este quadro, o exercício aeróbico apresenta efeito hipotensor maior em hipertensos, do que em normotensos. A obesidade caracteriza-se pelo aumento anormal de peso e pode causar mudanças no colesterol e está inter-relacionada com o sedentarismo e os hipertensos obesos devem instituir uma dieta com baixo teor calórico e aumentar a atividade física, o excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão e, além disso, a obesidade aumenta a prevalência da associação de múltiplos fatores de risco Apesar de a obesidade estar fortemente relacionada com o aumento da pressão arterial, nem todos os indivíduos obesos tornam-se hipertensos e a perda de peso acarreta uma diminuição da pressão, o aumento do peso e da circunferência abdominal são índices de prognósticos importantes da hipertensão, sendo a obesidade um indicador de risco cardiovascular. A diabetes induz alterações macro vasculares, microvasculares, neuropáticas decorrentes dos distúrbios metabólicos e principalmente de alterações no nível de açúcar no sangue os distúrbios no metabolismo do diabético tornam-se extremamente predisponentes à doença ateromatosa coronariana e, nos últimos anos, têm-se dado importância à síndrome metabólica X, que é a relação en-

tre a obesidade abdominal, hipertensão, dislipidemia, intolerância à glicose e resistência insulínica. (NERY, 2007)(ANDRADE, 2002b)

A hipercolesterolemia causa hiperlipidemia em alguns indivíduos, ou seja, eleva a contagem de triglicerídeos, LDL (mau colesterol) e diminui o HDL (bom colesterol). Estes são parâmetros que predisõem a formação de coágulos e futuros trombos. Apesar de o colesterol ser necessário para a síntese hormonal e formação da membrana celular, ele é encontrado em grandes quantidades no cérebro e tecido nervoso e as principais fontes de colesterol são a dieta (produtos animais) e o fígado e apesar de sua importância, os níveis elevados de colesterol aumentam o risco de doença da artéria coronária e os fatores de risco que podem causar variações são: idade, sexo, dieta, padrões de exercícios e níveis de glicose. O estresse causa modificações hormonais no organismo, mas este é um processo normal de muitas situações de perigo e do dia-a-dia. No entanto, quando estas alterações deixam de ser benéficas e tornam-se um processo crônico, fazendo com que o indivíduo passe por situações de estresse diariamente, acaba deteriorando o corpo e fazendo com que a pessoa se torne predisposta a várias patologias cardíacas. O estresse é uma adaptação fisiológica, mas quando a resposta do organismo se torna patológica, gera distúrbios transitórios e doenças graves e no mínimo, agrava as já existentes. (ANDRADE, 2002b)(BERNIK, 2005)(PASTORE, 2002)

Para que o paciente hipertenso consiga controlar a PA, é necessário que o mesmo possua o aporte de uma equipe multiprofissional, já que a hipertensão é uma doença multifatorial, ou seja, pode ser desencadeada por diversos fatores de risco, que necessitam de profissionais capacitados e especializados no cuidado, tratamento e prevenção de cada um desses fatores, ações preventivas e terapêuticas direcionadas à HAS, reduzem a morbimortalidade associada às doenças cardiovasculares a detecção precoce da pressão arterial alta e a aderência de um regime terapêutico, podem evitar consequências que estão associadas à pressão arterial elevada não-tratada e o controle da hiperglicemia sem modificar outros fatores de risco, não reduz o risco de cardiopatias.(OIGMAN, 2006)

Para prevenir e tratar a HAS é necessário que o paciente e a equipe de saúde tenham conhecimento sobre a doença, suas inter-relações e complicações, o que implicará na maioria das vezes, mudanças no estilo de vida, onde a mudança no estilo de vida é um processo lento e por dependerem de medidas educativas, necessitam de continuidade.

O tratamento anti-hipertensivo tem como objetivo principal, reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular e apesar do tratamento, a hipertensão é pouco controlada, onde a falta de controle da pressão arterial é um desafio para os profissionais de saúde, pois vários fatores de risco interferem na adesão ao tratamento, dentre esses fatores podemos destacar o conhecimento do paciente sobre a doença e o seu comportamento frente à tomada da medicação. O tratamento do paciente hipertenso pode dividir-se em medicamentoso e não medicamentoso, os quais têm como objetivo, a adoção de um estilo de vida saudável, o qual proporcionará em uma redução da morbidade e da mortalidade a associ-

---

ação desses dois tratamentos objetiva a redução da pressão arterial para valores inferiores à 140/90 mmHg, respeitando-se as características individuais, a presença de doenças ou condições associadas e a qualidade de vida dos pacientes. O tratamento não- medicamentoso está relacionado a mudanças alimentares, ou seja, redução de sal, gorduras, frituras e massas, aumento do consumo de frutas, verduras e legumes, controle do peso, redução ou abandono do tabagismo e etilismo, realização de exercícios físicos regularmente, como a caminhada, corridas e outros esportes. (CASTRO; FUCHS, 2008)(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007)

Os vários motivos para o fracasso terapêutico representam um grande desafio para os profissionais de saúde, que têm como objetivo, o bem-estar do paciente, onde a não-adesão terapêutica está incluída entre os motivos desse fracasso no tratamento as maiores barreiras à aderência ao tratamento poderiam ser categorizadas como problema de comunicação médico-paciente, custo e efeitos colaterais das drogas. (SILVA, 2004)

A adesão terapêutica é de extrema importância para o hipertenso, já que através dela, os profissionais de saúde terão uma melhor resposta do paciente, com relação ao tratamento da hipertensão. No entanto, esta é uma questão de extrema complexidade, já que o paciente poderá sofrer grandes influências no seu cotidiano, que poderão interferir no tratamento medicamentoso e não medicamentoso, ou seja, causando uma possível diminuição da adesão ao tratamento, para que se consiga uma boa adesão terapêutica, há necessidade de se fazer uma avaliação dos esquemas terapêuticos, eliminação de razões de não-controle, relativas ao prescrito e ao paciente, busca de causas secundárias e automonitorização. Uma vez que o paciente se sinta esclarecido sobre sua doença, e que se estabeleça o elo entre eles, o paciente tende a assumir responsabilidade pelos cuidados com sua saúde, juntamente com o profissional. Além dessa relação interpessoal, deve-se considerar também como fator importante, que os pacientes hipertensos experimentam a influência de variados determinantes de adaptação às doenças crônicas que dependem da característica de personalidade do indivíduo, dos seus mecanismos de enfrentamento de problemas, do seu autoconceito, autoimagem e autoestima, da experiência prévia com a doença e/ou doenças e, ainda, das atitudes dos cuidadores da área de saúde. (BORELLI, 2011)

O baixo nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial sistêmica favorece a interrupção do tratamento. Eles não aceitam as mudanças no estilo de vida. O fato de o uso da medicação ser prolongado pode dificultar o tratamento. Existem dois tipos de tratamento para os hipertensos: não medicamentoso e medicamentoso. Um estilo de vida saudável é fundamental para controlar fatores ambientais que influenciam negativamente a pressão arterial. Uma alimentação rica em frutas, verduras e vegetais, evitar a ingestão excessiva de sal, combater o sedentarismo e a obesidade, evitar o álcool e o cigarro colaboram para a redução da pressão arterial e para a diminuição do risco cardiovascular. Quando essas medidas não são suficientes para controlar a pressão arterial, o médico pode

optar por introduzir medicações hipotensoras com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares. O tratamento medicamentoso deve estar sempre associado ao tratamento não medicamentoso. (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 1999)(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

O Município também cumpre com a média nacional e Estadual onde a prevalência de hipertensão arterial aumenta com o avançar da idade onde o indivíduo entre 60 a 69 anos de idade ocupa o maior % e as mulheres som maioria . Estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem de uma doença como a Hipertensão Arterial já que constituem o primeiro fator de risco de doenças cardiovasculares. Este desafio é sobretudo da Atenção Básica, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional Daí a importância de estimular estilos de vida mais saudáveis e determinar os fatores de risco para hipertensão arterial para levantar as ações de educação em saúde, especialmente em processos de prevenção que contribuem para a boa vida da comunidade.(FREITAS et al., 2001)(SOUZA, 2003)(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

## 4 Metodologia

A intervenção será desenvolvida no município Foz do Iguaçu, estado Paraná (PR), na área de abrangência da UBF Jardim São Paulo II, durante o período de dezembro 2015- junho. 2016 A área de abrangência da UBF é responsável do atendimento de 239 hipertensos cadastrados, participaram no projeto um total de 60 pacientes correspondentes ao 21,5% do total de hipertensos. Os dados foram coletados do prontuário de atendimento individual, do SIAB e os resultados pela aplicação de questionários aplicadas antes e depois da intervenção.

O Programa de Hipertensos desenvolvido na Unidade Básica de Saúde da Família Jardim São Paulo II tem como objetivo o acompanhamento sistematizado dos pacientes hipertensos, visando ao manejo adequado da HAS. A intervenção educativa será estruturada da seguinte forma: na organização das ações e serviços de saúde, tendo em conta estes fatores elaboramos este trabalho, que visa a modificar as variáveis enquanto a: fatores de risco, consumo de dietas saudáveis, a prática sistemática do exercício físico, manter um tratamento controlado, assim como um melhor estilo de vida 30, respeitando-se as características individuais, a presença de outras doenças e a qualidade de vida dos pacientes.

Os critérios de inclusão são: pacientes de ambos sexos maiores de 18 anos; que apresentavam diagnóstico médico de hipertensão arterial primária há mais de um ano e estavam cadastrados e acompanhados no programa de hipertensão da unidade, conscientes e orientados, com algum fator de risco modificáveis associado e com desejos de participar no projeto Não houve recusa dos pacientes em participar do estudo. A intervenção será realizada por meio de Oficinas temáticas com os Hipertensos cadastrados e acompanhados no UBF, oficinas estas que ratificam as recomendações da literatura e das próprias necessidades para estimular as mudanças no estilo de vida e a adesão dos hipertensos O planejamento e a realização das oficinas conto com a parceria dos ACS e Auxiliares de enfermagem. A etapa seguinte será baseada na apresentação de oficinas para levar ao público-alvo informações essenciais sobre a hipertensão arterial, principais fatores de risco, importância do tratamento farmacológico e não farmacológico. Objetivando explicar a sua condição fisiopatológica e conscientizar a adoção de estilos de vida mais saudáveis e a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Esta intervenção educativa se caracterizará pela implementação de técnicas educativas e participativas, tais como: técnicas dinâmicas de apresentação, animação, além disso análises e reflexão. As oficinas serão realizadas com uma frequência quinzenal e abordaram as seguintes temáticas.

Hipertensão Arterial como problema de saúde que define conceitos importantes como: estilo de vida. Caracterização da dieta e o peso saudável que permita a modificação do estilo de vida. Fatores de risco mais frequentes, obesidade, sedentarismo, álcool e Taba-

gismo. Atividade Física. Sua importância na modificação do estilo de vida Prevenção e importância do tratamento farmacológico e não farmacológico. Também a UBF promoverá ações educativas, através de rodas de conversas sobre alimentação. Serão realizadas dinâmicas em grupos sobre a importância de uma alimentação saudável, onde deverá ser questionado o que há de certo ou errado na alimentação, determinando novas prioridades na alimentação, como estímulo para a participação ativa dos envolvidos, tendo em vista uma alimentação saudável. Também realizarão atividades físicas na unidade, controles da pressão arterial, e caminhadas em grupo.

As ações serão instruídas e acompanhadas pela equipe da UBF, pela nutricionista e a educadora física da equipe do NASF. Os encontros serão marcados para às sextas-feiras, no período matutino a cada 15 dias para realização das seguintes atividades: Recepção e o acolhimento dos pacientes hipertensos. Posteriormente acontecerá a triagem para verificar a pressão arterial, peso e o índice de massa corporal.

Roda de conversa entre os profissionais e os pacientes, tendo como temas: nutrição, orientação sobre o autocuidado, higiene, e o temas referidos acima. Prática de exercícios, alongamento, que será realizado pela educadora física com duração de 30 minutos.

O local será organizado com cadeiras, mesas, balança, esfigmomanômetro e estetoscópio próprios, TV, DVD e artigos esportivos. As crenças pessoais sobre comida, especialmente em relação à existência de alimentos prejudiciais ou proibidos, serão difíceis de mudar, tornando-se tabus que interferem na a aderência ao autocuidado. Terapia nutricional, baseada na orientação e estabelecimento de um plano de refeição que é individualizado, juntamente com a prática de exercício físico, é considerada como terapia de primeira escolha para o controle do HAS e seus benefícios têm sido mostrados na literatura. (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 1999)(JUNIOR, D.M, 2007).

Ter que mudar hábitos de vida que já estão consolidados e assumir uma rotina que envolve disciplina rigorosa do planejamento alimentar, da incorporação, ou incremento de atividade física, e uso permanente e contínuo de medicamentos impõem a necessidade de entrar em contato com sentimentos, desejos, crenças e atitudes. A modificação do estilo de vida não se instala magicamente, mas no decorrer de um percurso que envolve repensar o projeto de vida e reavaliar suas expectativas de futuro. (ANDRADE, 2002b)(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

O aumento do conhecimento e a modificação de atitudes não são suficientes para melhorar as cifras de pressão arterial e redução de peso, faz-se necessário aderir à dieta e à prática de atividades físicas. Além disso, os indivíduos devem entender sua doença e serem encorajados a seguir as orientações educativas. A educação combinada com a terapia de comportamento pode produzir grandes benefícios para os indivíduos hipertensos, fortalecendo e encorajando a decisão de sustentarem o regime terapêutico. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006)

A UBF como educador em saúde deve contribuir para a conscientização individual e

coletiva, questionando as responsabilidades e os direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do SUS, principalmente acessibilidade, equidade, universalidade e participação popular. O principal objetivo da educação em saúde é promover a saúde para que indivíduos vivam a vida com qualidade, formar-se-ão indivíduos conscientes capazes de se responsabilizar pela sua própria saúde e intervir no ambiente que gere manutenção da sua saúde. (SOUZA, 2003)

Para a UBF, a organização de ações e técnicas de educação e promoção de saúde é muito importante para trabalhar com as famílias e fazer uma boa avaliação integral delas e identificar os fatores de risco de cada um dos membros, no meio ambiente e social onde moram.

As rodas de conversa, metodologia bastante utilizada nos processos de intervenção comunitária, consistem em um método de participação coletiva de debates acerca de uma temática, através da criação de espaços de diálogo, nos quais os sujeitos podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos. Tem como principal objetivo motivar a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da socialização de saberes e da reflexão voltada para a ação. Envolve, portanto, um conjunto de trocas de experiências, conversas, discussão e divulgação de conhecimentos entre os envolvidos nesta metodologia. Foram utilizados os prontuários de atendimento individual e os dados de SIAB foram também utilizados, se aplicaram questionários antes e depois da intervenção educativa.





## 5 Resultados Esperados

O projeto de intervenção teve início no dia 12/12/2016 com a primeira reunião em equipe onde foram envolvidos nove profissionais, cada um teve suas atribuições estabelecidas. A nutricionista ficou responsável pelas rodas de conversas sobre alimentação adequada, o técnico de enfermagem ficou responsável em acompanhar o peso e pressão arterial, o médico e a enfermeira ficaram encarregados pelos atendimentos em consultas, avaliações do índice de massa corporal e acompanhamento dos grupos, e a educadora física, realizara as atividades físicas. Os Agentes Comunitários de Saúde ficaram responsáveis pelo acompanhamento dos encontros e por comunicar a população sobre o projeto.

A primeira reunião do grupo no dia 23/12/2016 envolveu 60 pacientes hipertensos, que aceitaram participar do projeto. Foram verificadas as peculiaridades da hipertensão sem complicação para que realizem exercícios físicos e participem regularmente dos encontros na unidade de saúde. A primeira atividade foi uma roda de conversa, o mesmo é um método de discussão que possibilitou aprofundar o diálogo com a participação democrática, a partir da riqueza que cada pessoa possui sobre o assunto. Na roda cada integrante teve a oportunidade de se expressar. Realizada em forma de círculo, com o profissional no centro para facilitar a participação dos pacientes o tema tratado foi os hábitos alimentares dos diabéticos e monitoramento de sua doença.

No dia 06/01/2017, foi realizado um bate-papo, apresentando o projeto de intervenção para estimular estilos de vida em pacientes com Hipertensão Arterial da UBF Jardim São Paulo II, que foi aceito pela equipe de trabalho e os pacientes presentes dos quais, 22 correspondem no sexo masculino e 38 ao sexo feminino, com idade maior de 18 anos. Representados a distribuição segundo idade e sexo na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição segundo grupos de idade e sexo. Grupos de idades Masculino Feminino Total No % No % No % 18-29 1 1.6% 2 3.3% 3 5.0% 30-39 2 3.3% 3 5.1% 5 8.4% 40-49 5 8,3% 8 1 3.3% 13 21,6% 50-59 6 10,0% 14 23,4% 20 33,3% Mais de 60 8 13,3% 11 18,4% 19 31,6% Total 22 36,5% 38 63,5% 60 100% Fonte: Questionário.

A equipe observou que os pacientes presentes não tinham conhecimentos suficientes sobre sua doença, alimentação saudável, os benefícios da atividade física e a importância do acompanhamento médico adequado, e adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Os principais motivos do abandono do tratamento se reflexam na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição segundo motivos do abandono do tratamento. Motivos No % Ausência de sintomas 14 23.3% Falta de medicação 5 8.3% Cifras de PA normal 17 28.3% Falta de orientação profissional 4 6.6% Efeitos adversos 5 8.3% Fonte: Questionário

A atividade de Avaliação Global foi realizada no dia 20/01/2017, a anamnese, os exames clínicos incluindo a pesagem inicial da amostra, e incluindo a avaliação do risco individual atual dos pacientes e lá presença de fatores de risco e outras doenças associadas.

Na oportunidade foram explicados quais eram os objetivos e as responsabilidades, tanto da equipe quanto dos pacientes. A falta de atividade física e uma dieta inadequada na idade adulta levam à obesidade e o aumento significativamente da probabilidade de desenvolver Hipertensão Arterial na etapa adulta. Esse foi o tema abordado e discutido em grupo com a participação efetiva dos pacientes. Mostrando dos fatores de riscos associados na tabela 3, reflexando aqui os resultados obtidos antes e depois do projeto de intervenção.

Tabela 3. Distribuição segundo fatores de risco e doenças associadas antes e depois da intervenção. Fatores de risco e doenças associadas Antes Depois Obesidade o sobrepeso 29 48.3% 21 35.0% Sedentarismo 47 78.3% 15 25.0% Habito de fumar 13 21.6% 8 13.3% Malos hábitos alimentares 52 86.6% 28 46.6% Dislipidemias 25 41.6% 16 26.6% Fonte: Questionário.

No dia 03/02/2017 e 17/02/2017 houve a presença da educadora física no encontro denominado Esporte é Saúde. Os pacientes começaram os exercícios físicos definidos pela profissional responsável, em um local disponível na unidade de saúde Jardim São Paulo II. Houve a definição de metas individualizadas e o estabelecimento de um vínculo contínuo da profissional com os pacientes, de maneira que os mesmos se comprometessem com responsabilidade, participando mensalmente das atividades físicas realizadas durante o projeto e também realizando a atividades físicas de forma diária e sistemática depois do primer encontro com a profissional responsáveis pela atividade física. Com esses cuidados e intervenções poderão melhorar os resultados clínicos do estado de saúde e a qualidade de vida dos pacientes com hipertensão arterial.

No dia 03/03/2017 foi realizada uma atividade em grupo, com os pacientes participantes no projeto, a equipe de saúde e a nutricionista que brindo apoio para a realização deste projeto, identificando os pacientes com dificuldades com relação a alimentação. Realizamos uma roda de conversa sobre os alimentos adequados ao controle do peso. Hábitos alimentar adequados foi o tema do encontro. Na conversa com a nutricionista observou-se algumas limitações, pelo fato dos pacientes não conseguirem expressar corretamente com que frequência consomem os alimentos e em que quantidade.

Para adequar diferentes estilos de vida em pacientes adultos a serem controlados a médio e longo prazo, deve-se manter o programa estabelecido para efetuar a mudança de hábitos alimentares. A roda de conversa educativa sobre Higiene e alimentos saudáveis foi realizada no dia 17/03/2017 com participação da nutricionista, assim os pacientes conheceram cada alimento apresentado pela nutricionista inclusive nutrientes contidos neles e dessa maneira eles montaram uma pirâmide alimentar, conforme suas prioridades. No final foi discutido em mesa redonda o que estaria certo ou errado na alimentação, determinando novas prioridades na alimentação, como estímulo para a participação e apoio a uma alimentação saudável. Neste dia foram distribuídas frutas como prêmio. Foi muito importante fomentar e promover atividade multidisciplinar de educação em saúde para pacientes e suas famílias, em grupos ou individualmente, tendo em conta os aspectos

psicossociais e culturais.

No mês de abril, dia 7 e 21, houve uma reunião na unidade básica Jardim São Paulo II com os pacientes, a nutricionista e a enfermeira na sala de reunião. O tema abordado foi como elaborar diferentes Pratos Saudáveis com as calorias necessárias para um bom controle da HAS. Participaram os pacientes com Hipertensão Arterial. A importância da educação em saúde foi demonstrada pelos pacientes com HAS indicando o aprendizado e confecção de novos pratos saudáveis e com poucos recursos, logrando assim que os pacientes retornarem aos encontros e estimular assim mudanças no estilo de vida e lograr melhor controle da doença.

Nas próximas reuniões ocorridas nos dias 05/05/2017 e 19/05/2017, participaram 51 e 56 pacientes respectivamente, foram presididas pela enfermeira, médico e agentes comunitários, que realizaram palestras sobre obesidade e diabetes, pois são duas condições indesejadas para qualquer ser humano e andam lado a lado, segundo a maioria dos especialistas da comunidade médica. Conforme as pesquisas realizadas para abordar o tema, verificou-se que diversos fatores influenciam para que a diabetes se desenvolva. Predisposições genéticas e hábitos inadequados como o sedentarismo são algumas das causas que acabam piorando o quadro. Porém, muito peso não quer dizer que um paciente possua a doença. Os pacientes apontaram algumas dúvidas sobre outros temas citados. Depois foi entregue folhetos relacionados ao assunto, como o controle metabólico e atividade física, isso facilitou a compreensão sobre os temas.

Nos dias 09/06/2017 e 23/06/2017 foram realizadas reuniões na unidade com atividades de controle de pressão arterial. Com um grupo de 55 pacientes, assistidos pela técnica de enfermagem e agentes comunitários. Logo após foi apresentada a palestra sobre hábitos tóxicos. O tema abordou a existência hábitos tóxico, frequentes e prejudiciais à saúde, tais como café, tabaco e álcool, são por vezes difíceis de remover, causando danos à saúde por sua dependência física, mental e social. Observa-se que, alguns participantes tiveram dificuldades em se expressar, talvez por questões culturais, que se apresentam nos hábitos locais.

Isso não significa que o projeto obteve resultados negativos, pelo contrário, apresentou um grande impacto na comunidade, incentivando outras famílias a participar do programa, aumentando assim o número de participantes nas próximas reuniões. As orientações e a manutenção de um peso adequado contribuem para evitar complicações associadas a patologia, através da redução do peso a pessoa poderá controlar a HAS com doses menores de remédios.

Observamos que os pacientes tiveram oportunidade de falar ou expressar o que pensavam, participaram regularmente das reuniões na unidade básica de saúde, receberam orientações sobre os alimentos adequados para controle do peso a fim de se levar uma vida saudável, estabeleceram metas individuais, fizeram os exercícios físicos definidos pelo profissional responsável, adequados a idade e outras doenças. Percebe-se que, as orientações

sobre um plano de cuidados, com informações sobre a gravidade da doença e a prioridade para educação alimentar facilitaram a interação entre os pacientes e a equipe. Assim a equipe de saúde, desenvolveram as ações planejadas na UBF, aumentando o vínculo entre a Unidade Básica Saúde e os pacientes, além de proporcionar informações sobre prevenção e promoção à saúde.

Depois da realização de diversas atividades como a prática de exercícios físicos, rodas de conversa, educação em saúde e estilo de vida saudável durante os sete meses, o presente trabalho indica que houve adesão ao projeto, pois os pacientes procuraram a unidade básica de saúde, buscando não só atendimento médico, mas o apoio da equipe para participar dos encontros visando melhorar estilos de vida e, portanto, controlar a hipertensão arterial. Os resultados obtidos neste projeto de intervenção confirmam a relação causa e efeito entre o processo educativo, controle de PA e fatores de risco e o desenvolvimento de complicações tardias da HAS, levando em conta que os hipertensos que não alcançam o conhecimento suficiente têm complicações significativamente maiores, do que aqueles que possuem o conhecimento necessário para seu autocuidado. A equipe procurou estimular sentimentos de segurança e responsabilidade para o cuidado diário do seu controle sem afetar sua autoestima e bem-estar do paciente.

## Referências

- ALVES, V.; NUNES, M. *Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família*. Botucatu: Interface Comum. Saúde educ, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 21.
- ANDRADE, J. *Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica*. São Paulo: Arq. Bras. Cardiol, 2002. Citado na página 9.
- ANDRADE, P. J. N. *Cardiologia para o generalista: uma abordagem fisiológica*. Fortaleza: UFC, 2002. Citado 4 vezes nas páginas 12, 23, 24 e 28.
- BERNIK, V. *Estresse: o assassino silencioso*. 2005. Disponível em: <<http://www.cerebronet.org.br>>. Acesso em: 10 Mai. 2005. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 24.
- BLOCH, K. V. . *Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão*. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública., 2008. Citado 4 vezes nas páginas 10, 11, 12 e 22.
- BORELLI, L. *Influência do Fumo na Doença Periodontal*. 2011. Disponível em: <<http://www.odontosites.com.br/odonto/cientifico/a-influencia-dofumo-na-doenca-periodontal.html>>. Acesso em: 12 Mai. 2011. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 25.
- CASTRO, M. S.; FUCHS, F. D. Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. . *Rev. Bras. Hipertenso.*, v. 15, p. 25–27, 2008. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 25.
- FREITAS, O. C. et al. *Prevalência da Hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Catanduva*. São Paulo: Arq Bras Cardiol, 2001. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 26.
- GUS, A. *Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul*. Rio Grande do Sul: Arq. Bras. Cardiol, 2004. Citado na página 10.
- JUNIOR, D.M. Diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, n. 3, 2007. Citado 6 vezes nas páginas 10, 11, 12, 22, 23 e 28.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de atenção básica, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Ministerio da saúde, Brasília, n. 37, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 21.
- NERY, R. Influência da prática da atividade física no resultado da cirurgia de revascularização miocárdica. *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.*, p. 297–302, 2007. Citado 2 vezes nas páginas 12 e 23.
- OIGMAN, W. Métodos de observação da adesão ao tratamento antihipertensivo. *Rev. Bras. Hipertenso.*, p. 30–34, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 24.
- PASTORE, K. *Coração e Mente. Veja*. São Paulo: Arq. Bras. Cardiol., 2002. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 24.

ROUQUAYROL, M.; ALMEIDA, N. *Epidemiologia em Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. Citado 3 vezes nas páginas 14, 25 e 28.

SILVA, E. M. M. Mudanças fisiológicas e psicológicas na velhice relevantes no tratamento odontológico. *revista proex*, p. 100–186, 2004. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 25.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol* 1994, São Paulo, n. 4, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 28.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Arq. Bras. Cardiol*, São Paulo, n. 3, 2007. Citado 3 vezes nas páginas 9, 21 e 25.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010, Rio de Janeiro, n. 95, 2010. Citado 5 vezes nas páginas 13, 14, 25, 26 e 28.

SOUZA, L. J. *Prevalência de Obesidade e Fatores de Risco Cardiovascular em Campos*. Rio de Janeiro: *Arq Bras Endocrinol Metab*, 2003. Citado 2 vezes nas páginas 26 e 29.

STRELEC, M. *influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial*. São Paulo: . *Arq. Bras. Cardiol.*, 2003. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 22.

SUZANNE, C.; BRENDA, G. *Funções cardiovascular, circulação e hematológica*. Rio de Janeiro: Brunner E Suddarth, 2002. Citado 3 vezes nas páginas 11, 12 e 23.