



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

DAVI MARQUES CUNHA

ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA A
PROMOÇÃO DA SAÚDE DE HIPERTENSOS

FORTALEZA

2019

DAVI MARQUES CUNHA

**ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA A
PROMOÇÃO DA SAÚDE DE HIPERTENSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação à Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará (UFC), como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Me. Suzana Mara Cordeiro Eloia.

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C977e Cunha, Davi.
ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE
DE HIPERTENSOS / Davi Cunha. – 2019.
37 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de
Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2019.
Orientação: Profa. Ma. Suzana Mara Cordeiro Eloia.

I. Educação alimentar e nutricional. Hipertensão Arterial. Qualidade de vida.. I. Título.

CDD 362.1

DAVI MARQUES CUNHA

**ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA A
PROMOÇÃO DA SAÚDE DE HIPERTENSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação à Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Orientadora – Prof^ª Me. Suzana Mara Cordeiro Eloia
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª Me. Sara Cordeiro Eloia
Centro Universitário UNINTA

Prof^ª Esp. Sibebe Pontes Rocha
Universidade Federal do Ceará (UFC)

RESUMO

As doenças cardiovasculares são, atualmente, a maior causa de mortes no mundo. Assim, objetivou-se propor um plano de Educação Alimentar e Nutricional, em um grupo de hipertensos acompanhados em uma Unidade Básica de Saúde de um município do interior do Ceará. Trata-se de uma pesquisa-ação realizada entre os meses de fevereiro a abril de 2019, com a participação de 20 hipertensos. As intervenções aconteceram durante três meses, totalizando quatro encontros, com duração de aproximadamente uma hora cada. As ações realizadas foram as seguintes: triagem dos participantes e perfil clínico e socioeconômico; roda de conversa com os hipertensos e apresentação de vídeo educativo; palestra em parceria com os profissionais do Núcleo de Atenção à Saúde da Família; discussão sobre alimentos saudáveis e não saudáveis; distribuição de panfletos educativos; e encerramento com lanche funcional e aplicação do questionário avaliativo. As intervenções foram significativas para mudanças nos hábitos de vida dos participantes, resultando em uma melhor qualidade de vida por meio dos benefícios da alimentação adequada e saudável, prática de atividade física e as demais ações de autocuidado exploradas.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Educação Alimentar e Nutricional. Promoção da Saúde. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are currently a major cause of death in the world. Thus, it was proposed to propose a Food and Nutrition Education Plan, in a group of hypertensives accompanied in a Basic Health Unit of a municipality in the interior of Ceará. It is an action research carried out between April and 2019, with the participation of 20 hypertensive individuals. As it became obsolete, four months ago, lasting one hour each. The actions have been the following: screening of the participants and clinical and socioeconomic profile; talk wheel with hypertensive and educational video presentation; lecture in partnership with the professionals of the Nucleus of Attention to the Family Health; discussion on healthy and unhealthy foods; distribution of educational pamphlets; and closure and functionality of the evaluative application. These were actions to change the lifestyles of the participants, resulting in a better quality of life for free and healthy women, as well as physical activities and self-exercise practices explored.

Keywords: Systemic Arterial Hypertension. Food and Nutrition Education. Health Promotion. Health Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 PROBLEMA	10
3 JUSTIFICATIVA	12
4 OBJETIVOS	14
4.1 Objetivo Geral	14
4.2 Objetivos Específicos	14
5 REVISÃO DE LITERATURA	15
5.1 Os principais riscos da Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS	15
<i>5.1.2 A importância da educação em saúde para o tratamento da HAS</i>	16
6 METODOLOGIA	18
6.1 Tipologia da Pesquisa	18
6.2 Local e Período	19
6.3 População e Amostra	20
6.4 Desenvolvimento das Intervenções	20
6.5 Análise das Informações	21
6.6 Aspectos Éticos	22
7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	23
8 CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE A - CRONOGRAMA DA PESQUISA	33
APÊNDICE B - RECURSOS NECESSÁRIOS	34
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E CLÍNICO	35

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são, atualmente, a maior causa de mortes no mundo. Elas foram responsáveis por mais de 17 milhões de óbitos em 2008, dos quais três milhões ocorreram antes dos 60 anos de idade, e grande parte poderia ter sido evitada. A Organização Mundial de Saúde estima que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares (WHO, 2011), além de ser uma enfermidade de elevado custo médico e socioeconômico (MORENO, 2015), por estar frequente associada a alterações em órgãos essenciais como o coração, vasos sanguíneos, encéfalo e rins, aumentando, portanto, os índices de fatalidade nas pessoas acometidas por tais enfermidades (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Dentre as DCV, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ocupa lugar de destaque, por constituir importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares (WHO, 2011), sendo considerado um problema de saúde pública em âmbito mundial. Em 2000, a prevalência da HAS na população mundial era de 25%, e a estimativa para o ano de 2025 é de 29% (TALAEI ET al., 2014). Estudos realizados no Brasil revelaram que a prevalência da hipertensão variou entre 22,3 e 43,9%, com média de 32,5% (CESARINO ET al., 2008; ROSÁRIO et al., 2009).

A HAS é caracterizada enquanto uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) $\geq 140 \times 90$ mmHg. Normalmente “associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo – coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos – e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017, p. 7).

Nas últimas décadas, o Brasil tem passado por um processo de transição epidemiológica que resulta em um novo perfil de morbimortalidade, condicionado à diversidade regional quanto às características socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde. Esse quadro tem ocasionando o crescimento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para a hipertensão, a mais frequente das doenças cardiovasculares e o principal fator de risco para complicações como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (GOTTLIEB, 2011; BRASIL, 2004; 2013; SILVA JUNIOR, 2005).

Assim, a HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo e um fator de risco independente para doenças cardiovasculares e renais (BRASIL, 2006; 2013). Apesar do risco que a HAS representa, a adesão à terapia anti-hipertensiva ainda é insatisfatória e permanece como desafio aos serviços de saúde e às políticas públicas, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS) (RIBEIRO ET al., 2012).

A dietoterapia para hipertensos tem como objetivo oferecer uma dieta que reduza os níveis pressóricos, que elimine ou minimize a quantidade de medicamentos, que possa controlar o peso do paciente, evitando a obesidade ajudando a melhorar suas condições de vida (AUGUSTO, 2005). Como coadjuvantes do tratamento, são necessárias medidas fundamentais, como a redução do consumo de bebidas alcoólicas, o abandono do tabagismo, a redução do peso corpóreo e a prática de atividade física (CUPPARI, 2006).

Dentre os indivíduos com hipertensão que iniciam o tratamento medicamentoso, 16% a 50% desistem da medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso, o que mostra ser a não-adesão um fator relevante a ser trabalhado nos programas de saúde que visam o controle da hipertensão arterial sistêmica (RIERA, 2000). Vale salientar que a não-adesão não significa uma desmedicalização, haja vista o poder simbólico do medicamento na nossa sociedade (HELMAN, 2003).

Destaca-se, que cerca de 80% dos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) poderiam ser evitados com a adoção de práticas dietéticas, como consumo regular de frutas e legumes, e consumo reduzido de gorduras saturadas, sódio e bebidas açucaradas (DESTRI; ZANINI; ASSUNCAO, 2017).

Neste sentido, destacam-se as metas da educação em saúde para o indivíduo com HAS. Estas devem incluir a apropriação de meios para o desenvolvimento de seu autocuidado e autonomia, a ampliação do seu nível de conhecimento, a apreensão sobre os processos de saúde-doença e o desenvolvimento de estratégias para seu empoderamento, através da realização de práticas de autocuidados de forma consciente (COSTA et al., 2009; COTTA et al., 2009). Dessa forma, o tratamento da hipertensão arterial e seu controle são fundamentais e necessários para que os hipertensos vivam com melhor qualidade de vida (COLÓSIMO et al., 2003, 2006).

A mudança no estilo de vida, concomitante à terapêutica para controlar a HAS, principalmente a adoção de uma alimentação saudável, está sujeita à decisão do indivíduo de aderir, sendo assim, essencial para uma melhor qualidade de vida. Sabe-se que a modificação dos hábitos de vida envolve mudanças na maneira de pensar do indivíduo a respeito de suas

vivências, experiências, medos, desejos, ansiedades, crenças, valores, pensamentos, sentimentos e a vontade de aderir ao tratamento (NAHAS, 2010).

Destaca-se a importância de se controlar os fatores associados a esta patologia, entre eles, a alimentação, pois uma alimentação saudável pode contribuir para o controle da pressão arterial. Assim, são necessárias ações de educação alimentar e nutricional que possam promover hábitos alimentares saudáveis dos indivíduos hipertensos, melhorando sua qualidade de vida.

Portanto, esta pesquisa teve como foco principal contribuir com o controle da HAS de um grupo de hipertensos que são acompanhados pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) de um município do interior do Ceará por meio da promoção de ações de educação alimentar e nutricional, com o objetivo de fomentar mudanças de hábitos alimentares dos hipertensos.

2 PROBLEMA

A HAS destaca-se como principal causa de morte em todo o mundo e, no Brasil, é considerada como um grave problema de saúde pública. Considerada como uma doença crônica, a hipertensão é uma doença não transmissível e que pode ser controlada. Entretanto, trata-se de uma doença não curável; sendo assim, necessita de tratamento por toda a vida (VITOR ET al., 2011; SILVA JUNIOR, 2005). Na Unidade Básica de Saúde (UBS) ao qual trabalho, observei um elevado índice de pacientes hipertensos, e que abandonavam as terapias medicamentosas, o que me levou a questionar quais fatores os levavam a desistir do tratamento, e se estes tinham consciência da gravidade de tal ação, e dos riscos que estavam enfrentando.

De acordo com os dados da pesquisa “Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico” (2016), a frequência de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial variou entre 16,6% em Palmas; 29,5% no Rio de Janeiro; e 19,9% em Fortaleza. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em Rio de Janeiro (31,3%); Porto Alegre (30,3%); e Aracaju (28,6%). E, as menores frequências, em Palmas (17,8%); São Luís (17,9%); e Manaus (18,0%). Entre as mulheres, as maiores frequências foram observadas em João Pessoa (30,0%); Rio Branco (28,8%); e Rio de Janeiro (28,2%). E, as menores, em Palmas (15,7%); Manaus (16,2%); e Distrito Federal (18,1%) (BRASIL, 2013, 2017).

Conforme dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 9,4 milhões de pessoas têm morrido por causa de hipertensão. No Brasil, o Ministério da Saúde relata que, aproximadamente, 300 mil óbitos ocorrem por ano, 820 mortes por dia, 30 por hora ou uma a cada 2 minutos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2015). Em torno de uma a cada quatro pessoas adultas têm adquirido HAS. Avaliando-se que a HAS atinge, aproximadamente, 30% da população brasileira adulta, chegando a mais de 50% após os 60 anos, e está presente em 5% das crianças e adolescentes. É responsável por 40% dos infartos, 80% dos derrames e 25% dos casos de insuficiência renal terminal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2015).

Dentre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a HAS é o maior problema de saúde social dos países desenvolvidos e em muitos dos países emergentes (SILVA JUNIOR, 2005). Conforme mencionado anteriormente, no Brasil, apresenta alta taxa de prevalência. E, na maioria das vezes, é diagnosticada de forma tardia. Por mais que existam medidas

preventivas e de controle, sejam elas ou não farmacológicas, ela continua a ser um dos maiores desafios em saúde (SANTOS 2011).

Diante do número elevado de hipertensos e da dificuldade de realizar o controle desta patologia por meio da medicação, revolveu-se intervir nos fatores associados a essa doença: alimentação e atividade física para o controle do peso corporal de hipertensos. A prática de atividades físicas associadas à ingestão de alimentos saudáveis, favorecem a redução do peso corpóreo, configurando-se enquanto fatores imprescindíveis para a melhoria do quadro clínico do paciente com HAS (CUPPARI, 2006).

3 JUSTIFICATIVA

De acordo com Moreno (2015) a hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades.

Desta forma, entre os fatores de risco para mortalidade, a hipertensão arterial explica 40% das mortes por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 25% daquelas por doença coronariana. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg, o que representa um grave problema de saúde pública (SCHMIDT ET al., 2011; FUCHS FD, 2004; LESSA, I.; FONSECA, 2007).

Empiricamente, vem-se observado um número crescente de pacientes com HAS, ao passo que também se observa que outras patologias oportunistas como o diabetes, AVC, depressão, e demais doenças cardíacas também vêm aparecendo nos pacientes da UBS ao qual esta pesquisa foi realizada, seguindo o padrão de tendências mundial e nacional.

A abordagem terapêutica da HAS fundamenta-se em tratamento medicamentoso e não medicamentoso. A mudança comportamental no estilo de vida com a adesão a um plano alimentar saudável e prática de atividade física se faz imprescindível para o tratamento (BRASIL, 2013; PINOTTI; MANTOVANI; GIACOMOZZI, 2008).

Assim, a educação em saúde é um elemento importante nas prevenções primária e secundária, e a adesão ao tratamento da hipertensão arterial é prioritária para a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares, uma vez que estudos clínicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010) demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares e a educação em saúde faz parte das condutas que devem ser adotadas pelos profissionais e pelas pessoas em risco ou com HAS (COSTA ET al., 2009; LESSA, I.; FONSECA, 2007).

Neste aspecto, destaca-se uma alimentação saudável, assim como a prática de atividade física, elementos essenciais na prevenção e/ou tratamento de tais patologias. Ressalta-se também que políticas de Saúde Pública devem ser aplicadas a prevenção desta doença, ou seja, ações de promoção de uma vida saudável.

Portanto, cabe frisar que atividades de educação alimentar e nutricional, como ação corroborativa no combate a tais patologias, são importantes uma vez que oportunizam aos hipertensos orientações sobre alimentação saudável, específica as suas necessidades. Diante

do exposto, ressalta-se que essas atividades buscam favorecer a autonomia dos participantes, para que realizem escolhas alimentares mais saudáveis.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- ✓ Realizar ações de educação em saúde, com foco na educação alimentar e nutricional.

4.2 Objetivos Específicos

- ✓ Conhecer o perfil clínico e socioeconômico dos pacientes com hipertensão;
- ✓ Abordar a importância de uma alimentação saudável para o controle da doença e outras práticas saudáveis, através do estabelecimento de um plano de Educação Alimentar e Nutricional;
- ✓ Discutir acerca da hipertensão e da importância da adoção de hábitos saudáveis para o controle da doença.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Os principais riscos da Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS

A HAS é um importante fator de risco para doenças como a aterosclerose e a trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico, sendo responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (PASSOS et al., 2006; LESSA, I.; FONSECA, 2007).

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Segundo a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 2003) a prevenção primária de fatores de riscos para a HAS se faz com um regime alimentar e atividade física regular, reduzindo ou adiando suas necessidades de atenção à doença. Controlar a hipertensão, o colesterol e os níveis de glicemia podem reduzir o risco de complicações e desacelerar sua progressão.

Foi a partir da Segunda Guerra Mundial que pesquisas sobre o perfil epidemiológico das doenças passaram a legitimar uma associação causal entre alimentação e doenças crônicas, tais como: as enfermidades cardiovasculares, a obesidade, dislipidemias, diversos tipos de câncer, e diabetes, provocando mudanças na nossa relação com a comida. Com um novo perfil epidemiológico, caracterizado por doenças crônicas degenerativas, associadas ao ato de alimentar-se, aliadas ao sedentarismo e a outros fatores impostos pela vida cotidiana, que inicialmente predominou nas nações desenvolvidas, configura-se um problema de saúde pública também nos países pobres (GARCIA, 2005).

5.1.2 A importância da educação em saúde para o tratamento da HAS

Sabe-se que os elementos mais importantes no processo de determinação das DCV, por exemplo, e de suas inter-relações são complexos. Admite-se que os fatores de risco tenham efeito sinérgico quando ocorrem concomitantemente. Entretanto, a alimentação contribui de várias formas para a determinação do risco cardiovascular. Há estudos demonstrando que as DCV podem ser reduzidas em 30% com modificações na dieta, cuja composição pode constituir um fator de risco ou de proteção (NEUMANN et al., 2007).

Uma recente publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a relação entre a alimentação, a atividade física regular e as doenças crônicas não transmissíveis, mostra que alguns componentes da dieta podem provocar efeitos contrários ao organismo. Esses nutrientes e/ou componentes aumentam o risco de DCV, obesidade, hipertensão, diabetes e câncer, quando consumidos em periodicidade e quantidades inadequadas. São os alimentos ou preparações que contêm colesterol, ácidos graxos saturados, ácidos graxos trans e sódio. Por outro lado, há elementos dietéticos associados à diminuição do risco de DCV, tais como os ácidos graxos poli-insaturados (derivados do ômega-3 e do ômega-6) e os monoinsaturados, encontrados nos óleos vegetais e nos peixes, entre outros. Estudos epidemiológicos também sugerem que os vegetais- cereais, leguminosas, frutas em geral, verduras e legumes- podem reduzir os riscos para doenças não transmissíveis por conterem fibras alimentares, potássio e componentes antioxidantes e fotoquímicos (NEUMANN et al., 2007).

Neste cenário epidemiológico cabe frisar que os principais problemas envolvendo a nutrição e a alimentação são oriundos do excesso ou da carência de determinados nutrientes. Os problemas relacionados ao excesso de nutrientes, como à obesidade ou a carência destes, como a anemia, assim como a HAS, devem ser vistos com um olhar prioritário pelas ações de saúde pública atual. Os sinais e os sintomas dessas doenças ocorrem após um período longo de inadequação no consumo alimentar. Assim, o comportamento alimentar ocupa, atualmente, um papel central na prevenção e/ou tratamento de várias doenças (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008).

Nesta concepção, tem-se a ação educativa da autonomia, ou seja, o profissional de saúde, em função de sua habilitação e responsabilidade, desempenha o papel de facilitador do processo de mudança. Toda e qualquer intervenção nutricional educativa terá maiores chances de sucesso, se estiver incluída em programas habituais que promovam pequenas e confortáveis, mas importantes mudanças, por um longo período de tempo (CERVATO et al, 2005; LESSA, I.; FONSECA, 2007).

Assim, entendida como um processo, a educação em saúde fomenta possibilidades para o desenvolvimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população e, por isso, é considerada inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (LIMA 2000; VASCONCELOS, 2004).

6 METODOLOGIA

6.1 Tipologia da Pesquisa

A metodologia utilizada foi a pesquisa-ação. O desenvolvimento desse tipo de pesquisa prevê 12 fases: exploratória; delimitação do tema da pesquisa; colocação dos problemas; lugar da teoria; hipóteses; seminário; campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa; coleta de dados; aprendizagem; saber formal e saber informal; plano de ação; e divulgação externa (THIOLLENT, 2013).

O planejamento na pesquisa-ação é flexível e dinâmico, pois a investigação parte dos problemas reais do grupo pesquisado, portanto, o pesquisador não vai ao encontro de sua amostra com um projeto completamente elaborado. Por ser tratar de uma pesquisa prática, na qual a investigação teórica-científica é desenvolvida concomitante à prática, o lugar da teoria está presente desde a elaboração e construção do projeto, até a execução do relatório final em base teórica de literatura pertinente. A fundamentação teórica consiste em diretrizes que orientam a pesquisa e as interpretações das ações realizadas (THIOLLENT, 2013).

Portanto, esta pesquisa caracteriza-se enquanto pesquisa-ação, respeitando-se, portanto, o rigor à obediência que todas as etapas que esta metodologia requer. Nesse ínterim, esta pesquisa começou a ser idealizada em outubro de 2019, iniciando-se, portanto, a fase exploratória do estudo, com a conseqüente delimitação do tema do mesmo. Os problemas relacionados ao então tema foram surgindo, e prontamente acolhidos pelos teóricos da área, dentre os quais se destacam: AGUSTO, 2005; CARVALHO, 2012; ENES, 2010; e NAHAS, 2010, dentre outros. Com a junção da problemática da pesquisa, aliada à teoria até então pesquisada, começaram a surgir as hipóteses, que residiam no fato de que uma mudança no estilo de vida das pessoas com HAS, principalmente relacionadas à alimentação saudável e à prática de exercícios, poderiam contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, melhorando as chances de aumentarem a expectativa de vida, e garantir um envelhecimento saudável.

O contato inicial com os HAS surgiu através de uma palestra participativa, ocorrida em janeiro de 2019, nos moldes de um seminário, realizado pelos profissionais da UBS, em parceria com os profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Na ocasião, explicou-se sobre o estudo a ser realizado, da importância do mesmo para a comunidade local, e dos possíveis benefícios de se participar de um estudo como este, além de se elencar as

questões que envolvem os riscos e a imprescindível necessidade de se realizar um acompanhamento adequado, quando se é detentor de um quadro clínico de HAS.

Logo, de janeiro a fevereiro de 2019, partiu-se para a etapa seguinte da pesquisa, que consistia na triagem dos participantes e estabelecimento do perfil clínico e socioeconômico dos mesmos. Em fevereiro, houve o primeiro contato exclusivamente com os sujeitos participantes da pesquisa, ao qual se realizou uma roda de conversa com os hipertensos, e apresentação de vídeo educativo, realizada apenas com a equipe local de saúde da família.

Complementando as etapas da pesquisa-ação, em março de 2019, houve uma palestra com a equipe local de saúde da família em parceria com os profissionais do NASF. E, ainda no mês de março, 14 dias após essa palestra, houve um novo encontro com os hipertensos, onde dessa vez, a equipe local de saúde da família contou com o auxílio de uma nutricionista para trabalhar os conceitos e questões que envolvem “Alimentos saudáveis” e “Alimentos não saudáveis”, com a entrega de panfletos educativos, aplicação de um questionário semi-estruturado para cada participante, e a realização de perguntas sobre alimentação e estilo de vida saudável.

Em abril, encerraram-se esses ciclos de contato com os participantes da pesquisa, e a culminância dos mesmos se deu através de agradecimentos coletivos e individuais, um lanche funcional e a aplicação de um questionário avaliativo. No mês de maio de 2019, houve a divulgação externa dos resultados da pesquisa, compartilhados com as demais equipes de saúde da família do município ao qual a pesquisa ocorreu.

6.2 Local e Período

As atividades foram executadas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma cidade do Estado do Ceará, durante os meses de janeiro a maio de 2019.

Dentre a população atendida nesta UBS, estão cadastradas 283 pessoas hipertensas. Destas, 92 são do sexo masculino e 191 do sexo feminino, o que apresenta uma incidência maior da doença entre as mulheres, ou que os homens são mais resistentes em buscarem assistência a saúde e seguirem com o tratamento.

6.3 População e Amostra

Participaram da pesquisa 20 pessoas, de ambos os sexos, com diagnóstico de HAS atendidas na Unidade em estudo. A seleção dos participantes foi realizada com a ajuda das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e do Enfermeiro da UBS.

Como critérios de inclusão, estabeleceu-se que os participantes deveriam ser maiores que 18 anos; terem o diagnóstico de HAS; serem adscritos no território abrangente da equipe da UBS; e que aceitassem participar da pesquisa, incluindo a participação nos encontros previstos. Excluíram-se os participantes que não obedeciam aos pré-requisitos acima mencionados, ou que possuíssem alguma condição que limitasse sua capacidade para participar de todas as etapas deste estudo, a saber: pacientes hipertensos acamados, hospitalizados, que ainda não iniciaram o tratamento, que chegaram recentemente ao território coberto pelo PSF, e que ainda não realizaram nenhum contato com a equipe local de saúde da família.

6.4 Desenvolvimento das Intervenções

A pesquisa iniciou a partir de uma triagem nos prontuários dos pacientes hipertensos da UBS para conhecer o perfil clínico e socioeconômico destes. Foram selecionados os casos mais críticos, aos quais englobavam pacientes que apresentavam um histórico de picos hipertensivos, sobrepeso, ausência às consultas periódicas de controle e monitoramento da pressão arterial, desistência frequentes do tratamento medicamentoso, e maior propensão a apresentarem demais doenças associadas, entendendo que estes são prioritários para a intervenção da pesquisa. Também se levou em consideração, é claro, a aceitação de participarem voluntariamente da pesquisa.

No primeiro encontro com todos os hipertensos, de um total de cinco encontros, foi promovido a interação entre os profissionais de saúde que contribuiriam com a pesquisa e o grupo proposto, a saber: médico clínico geral, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, educador físico, fonoaudióloga e farmacêutica. Este momento possibilitou conhecer os anseios, necessidades, dificuldades, dúvidas e valores culturais dos pacientes, com o objetivo de direcionar melhor as estratégias de educação nutricional a serem desenvolvidas. No primeiro encontro realizado apenas com os sujeitos participantes da pesquisa, utilizou-se uma roda de conversa com os hipertensos para apresentação de um vídeo educativo.

No encontro seguinte, foi abordado a importância da redução do consumo de sódio. Foram levadas amostras de alimentos, a quantidade em gramas de sal possivelmente contida naquele alimento, com o objetivo de sensibilizar os participantes para a redução do consumo de sal de cozinha. Além disso, foram discriminados os malefícios de tal alimentação para o agravamento do quadro clínico dos participantes do grupo. Foi abordado, ainda, a promoção da atividade física. Esta ação foi realizada em parceria com os profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

No terceiro encontro foi discutido sobre alimentos “saudáveis” e “não saudáveis” e depois solicitado aos mesmos que escolhessem, entre várias figuras de alimentos, as que os hipertensos classificam como alimentos vantajosos e desvantajosos para sua saúde, utilizando-se de uma cartolina para colagem e exposição. Ao final, foram distribuídos panfletos educativos.

No quarto e último encontro com os participantes da pesquisa, foi realizado um lanche funcional com o auxílio dos profissionais que trabalham na cozinha da UBS e com a orientação da nutricionista do NASF. Por fim, foi aplicado um questionário para aferir o grau de aprendizado do grupo acerca dos assuntos abordados.

6.5 Análise das Informações

Durante todo o processo, ocorreu a observação participante, pois o pesquisador deste estudo esteve presente no momento das ações e pode observar os participantes de perto, apesar do reduzido tempo de intervenção da pesquisa. Mesmo não sendo possível observar uma melhora significativa nos quadros clínicos dos pacientes, dado ao reduzido período em que este trabalho foi executado, os pacientes relataram mudanças alimentares. Todavia, as atividades foram avaliadas a partir da análise de algumas mudanças que ocorreram em seus hábitos alimentares, dentre elas destacam-se: redução do cloreto de sódio nas alimentações; diminuição do consumo de refrigerantes e enlatados; aumento do consumo de frutas e verduras; valorização das frutas e hortaliças regionais; caminhada pelo menos três vezes por semana; e frequentar regularmente as consultas médicas de acompanhamento da pressão arterial.

6.6 Aspectos Éticos

Destaca-se que o estudo atendeu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando a liberdade de participação dos sujeitos e a segurança na preservação de suas identidades. Foram explicados aos participantes os objetivos de cada encontro e somente participaram aqueles que concordaram.

Nesse íterim, essa pesquisa foi respaldada, ainda, pelos princípios éticos da “resolução 510 de 07 de abril de 2016, bem como pelas normas e diretrizes que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos com base na ética enquanto construção humana, e respeito à dignidade humana” (MUNIZ, 2018, p. 34), visto que os procedimentos metodológicos aplicados nesta pesquisa implicaram na utilização de dados obtidos autonomamente de forma direta com os participantes.

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir da triagem realizada nos prontuários dos pacientes com HAS foi possível traçar o perfil clínico e socioeconômico dos mesmos. Quanto ao perfil socioeconômico, a maioria possuía idade entre 41 a 61 anos e haviam concluído o ensino fundamental; todos apresentavam renda superior a 1000 reais mensais, e mantinham uma alimentação inadequada (informação autoreferida pelos pacientes). Já ao que tange ao perfil clínico, muitos pacientes apresentaram doenças associadas, como o diabetes, cardiopatias e hipercolesterolemia. Alguns faziam uso de mais de 3 medicamentos por dia (polifarmácia), e a maioria não utilizava medicamentos ansiolíticos. Ademais, também se observou um IMC elevado para o sobrepeso, e tabagismo, conforme se observa na Tabela 1.

Tabela 1. Fatores associados a HAS em um grupo de pacientes hipertensos. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.

VARIÁVEIS	N (%)
Idade	
20 a 30 anos	0,0 (0)
31 a 40 anos	0,0 (0,0)
41 a 50 anos	5,0 (25)
51 a 60 anos	10,0 (50)
≥ 61 anos	5,0 (25)
Escolaridade	
Analfabetas	1,0 (5)
Ensino fundamental incompleto	6,0 (30)
Ensino fundamental completo	13,0 (65)
IMC	
Magreza leve	0,0 (0)
Eutrófico	3,0 (15)
Sobrepeso	15,0 (75)
Obeso	2,0 (10)
Uso de mais de 3 medicamentos/dia	
Sim	18,0 (90)
Não	2,0 (10)
Renda	

>1000 reais/mês	20,0 (100)
Uso de ansiolítico	4,0 (20)
Sim	0,0 (0)
Não	6,0 (30)
Alimentação adequada	14,0 (70)
Sim	14,0 (70)
Não	

Fonte: Elaborado pelos autores.

É observado na literatura científica que o sucesso do tratamento da HAS e de suas complicações está condicionado às mudanças de estilo de vida, independente do tratamento medicamentoso, com destaque a redução dos fatores de risco modificáveis: excesso de peso, alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de álcool (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008; 2011).

Estudos mostram que esses fatores de risco estão fortemente presentes na população brasileira (CARVALHO et al., 2012). Documentos de órgãos internacionais, entre eles da *World Health Organization*(WHO) e da *American Heart Association*(AHA), divulgaram estratégias para reduzir os principais fatores de risco para as Doenças Cardiovasculares (DCV), a qual se destaca as intervenções educativas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Neste sentido, as ações que foram realizadas neste estudo tiveram por objetivo sensibilizar os pacientes hipertensos acerca dos benefícios de uma alimentação saudável, prática de atividade física e controle dos demais fatores de risco envolvidos na hipertensão arterial, possibilitando melhor qualidade de vida dos participantes.

De acordo com Oliveira, Bubach e Flegeler (2009) o perfil antropométrico influenciano comportamento da Pressão Arterial (PA). Estima-se que 79% dos casos de hipertensão arterial sistêmica (HAS) em homens e 65% em mulheres são resultados direto do excesso de peso. A redução de 10 kg do peso corporal pode diminuir a PA sistólica em 5-20 mmHG, do mesmo modo, existe uma relação positiva e linear entre o IMC e a PA. Outro fator que influi no comportamento da PA é a distribuição da gordura corporal. A obesidade central ou visceral tem maior impacto na PA do que a periférica. Estima-se que o aumento na Circunferência da Cintura (CC) de 2,5% em homens e de 4,5% em mulheres eleve 1 mmHG na PA sistólica. Assim, este estudo realizou atividades de orientações nutricionais, com

intuito de promover a diminuição e controle do peso corporal e da pressão arterial em pacientes com HAS.

Realizou-se uma palestra educativa sobre atividade física e alimentação saudável com um grupo de hipertensos. Esta ação foi importante no sentido de contribuir com informações relevantes e necessárias acerca da patologia “hipertensão arterial sistêmica”, e como combater os fatores de risco associados, como alimentação e atividade física (Figura 1).

Figura 1. Atividades educativas realizadas com os hipertensos sobre alimentação saudável, prática de atividade física, antropometria e controle da pressão arterial. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.



Fonte: Fonte própria.

Inserir o paciente nas práticas de cuidado e colaborar na promoção de um estilo de vida mais saudável para o controle da doença pode causar impacto não somente no dia a dia do mesmo, mas também nos hábitos da sua família. Assim, o paciente se sente mais instigado a manter o cuidado consigo mesmo, e esse já pode ser considerado um resultado positivo no tratamento e acompanhamento da doença (FERREIRA; ROCHA; SARAIVA, 2005)

Neste sentido, vale destacar que as ações realizadas neste estudo evidenciaram uma potência para que estes pacientes participantes das ações possam melhorar seu estilo de vida. E a família, como evidencia a literatura, tem papel fundamental nesse processo. Destaca-se também que estas ações de educação em saúde podem e devem ser realizadas na própria consulta médica, de enfermagem e dos demais profissionais de saúde.

As evidências científicas apontam que o aumento nas taxas de excesso de peso e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) é decorrente, entre outros fatores, da inversão

dos padrões alimentares na população brasileira (ENES; SLATER, 2010). Essa inversão caracteriza-se pela substituição cada vez maior da alimentação tradicional por alimentos e bebidas altamente processados e prontos para consumo (MONTEIRO et al., 2010).

Desta forma, com o objetivo de se aferir o nível de conhecimento dos hipertensos e aceitação das atividades que foram realizadas, realizou-se indagações com os participantes¹ que desejassem expressar sua avaliação sobre estas ações. As questões disparadoras com as respectivas respostas estão descritas no quadro abaixo (quadro 1).

Quadro 1. Avaliação das atividades realizadas por meio de perguntas abertas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.

PERGUNTAS	RESPOSTAS
1. Enumere pelos menos 4 hábitos alimentares saudáveis	Caminhar; alimenta-se com frutas; parar de fumar; manter o peso controlado; evitar a obesidade; estabelecer um horário correto para a alimentação; evitar consumir massas, frituras e gorduras; tomar muita água e suco natural; evitar bebida alcoólica. (H2, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H14, H15, H16, H19 e H20)
2. Quais dos alimentos que você conhece e os que foram abordados nas atividades que apresentam maior e menor quantidades de sódio, respectivamente?	MAIOR QUANTIDADE DE SÓDIO: macarrão instantâneo; pão sem sal ou integral; sardinha em conserva; bolacha água e sal; lasanha. (H2, H2, H7, H8, H9, H10) MENOR QUANTIDADE DE SÓDIO: arroz; frutas. (H1, H2, H7, H8, H9, H10, H16, H19 e H20)
3. No seu entendimento, as mudanças de hábitos alimentares saudáveis são importantes?	“São importantes porque ajuda a controlar a pressão alta e outras doenças, como diabetes, e para manter o peso”. (H2) “São boas para evitar outras doenças ou risco, ajuda a melhorar a saúde da pessoa com uma boa alimentação” (H2)
4. Quais as principais mudanças que	“(X) Antes da pesquisa: macarrão instantâneo, pão sem sal ou integral,

¹ Os participantes da pesquisa foram identificados da seguinte maneira: H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13, H14, H15, H16, H17, H18, H19 e H20.

<p>ocorreram e/ou estão ocorrendo em seus hábitos alimentares? Descreva quais as mudanças (Ex: Antes da pesquisa eu comia isso (x), depois da pesquisa passei a comer isso aqui (y))</p>	<p>sardinha em conserva, bolacha água e sal, lasanha; (H2) (Y) Atualmente: continuo comendo em menos quantidades e em menos ocasiões desnecessárias; alimentos com baixo sódio, como frutas, arroz, suco, sopa de verdura e caldo sem gorduras” (H2)</p>
<p>5. Qual a sua avaliação das atividades realizadas (gostou, não gostou, o que precisa melhorar, etc)?</p>	<p>Todos falaram positivamente das intervenções da pesquisa e recomendaram continuar fazendo o grupo com novas atividades educativas que ajudem a população a tratar e prevenir a doença e evitar complicações. (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13, H14, H15, H16, H17, H18, H19 e H20).</p>

Fonte: Elaborado pelos autores.

Concorda-se com Martins e outros colaboradores (2007) que a educação em saúde é um campo que pode contribuir para compor uma nova visão do processo saúde-doença-cuidado, uma vez que objetiva a promoção e o desenvolvimento do conhecimento, a fim de contribuir para a saúde das pessoas envolvidas no processo.

Assim, de acordo com Azevedo et al. (2018) os preceitos da educação em saúde visam motivar as pessoas a adotarem e manterem padrões de vida saudáveis; usarem adequadamente os serviços de saúde colocados à sua disposição; e tomarem suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e do meio em que vivem.

Baseadas nas considerações acima, as ações realizadas nesta pesquisa-intervenção foram de suma importância, uma vez que, promoveu mudanças de hábitos de saúde nos pacientes hipertensos. Cabe, portanto, direcionar estas ações de forma longitudinal, com a inserção de toda a equipe da ESF e com os demais profissionais da UBS, inclusive o NASF.

8 CONCLUSÃO

Ressalta-se que tais atividades de educação e promoção da saúde com os hipertensos foram relevantes e necessárias, pois possibilitaram mudanças nos hábitos de vida a partir de uma alimentação adequada e saudável, e demais ações de autocuidado, resultando na promoção da qualidade de vida.

Evidencia-se que a Atenção Primária à Saúde, por meio da ESF e do NASF, é um espaço importante para a realização de ações de educação em saúde.

Espera-se que os resultados destas ações sejam alcançados com uma proporção maior, por continuar realizando estas atividades com o grupo ou mesmo em consulta individual. Que os gestores da saúde compreendam a importância das ações de educação em saúde com os públicos prioritários e que os demais profissionais de saúde contribuam com ações conjuntas.

REFERÊNCIAS

AGUSTO, A. L. P. Avaliação nutricional. In: **Terapia nutricional**. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 28-37.

AZEVEDO et al. Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. **J. res.: fundam. care. Online.**, v. 10, n. 1, p. 260-267, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **[Vigitel Brasil 2016 Saúde Suplementar: vigilância de fatores]**. de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [recurso eletrônico Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 128 p.

CARVALHO et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **CienSaude Colet.**, v. 17, n. 7, p. 1885-1892, 2012.

CERVATO, et al. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. **Revista de Nutrição**, v.18, n.1, p.41-52, 2005.

CESARINO et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **ArqBrasCardiol.**, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008

COTTA et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família - Município de Teixeira - MG. **Ciê. Saúde Colet.**, v. 14, n. 4, p. 1251-1260, 2009.

COLÓSIMO et al. Atuação da enfermeira eleva o controle de hipertensos e diminui o efeito avental branco. **RevEscEnferm USP**, v. 46, esp, p.10-15, 2012. CUPPARI, L. **Guia de**

nutrição: nutrição clínica no adulto. Barueri: Manole, 2006.

COLOSIMO, E. A. ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; Prevalência de Sobrepeso e Obesidade nas Regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 162-166, abr./jun. 2003.

CUPPARI, Lílian. *Nutrição Clínica no Adulto. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar - Nutrição - Nutrição Clínica no Adulto - 3ª Ed.* 2014.

COSTA, R. G. ; BELTRAO Filho, E. M. ; QUEIROGA, R. de C. R. do E. ; MEDEIROS, A. N. de; MAIA, M. de O. ; CRUZ, S. E. S. B. S., 2009. Partial replacement of soybean meal by urea on production and milk physicochemical composition in Saanen goats. **Rev. Bras. Saúde Prod. Anim.**, 10 (3): 596-603.

DESTRI, Kelli; ZANINI, Roberta de Vargas and ASSUNCAO, Maria Cecília Formoso. Prevalence of food ... **Serv. Saúde [online]**. 2017, vol.26, n.4, pp.857-868.

ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Ver.BrasEpidemiol.**, v. 13, s/n, p. 163-171, 2010.

FERREIRA, S. R. C.; ROCHA, A. M.; SARAIVA, J. F. K. Estatinas na doença renal crônica. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 85, n. 5, p. 45-49, 2005.

FUCHS FD. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

GARCIA, R. W. D. Alimentação e Saúde nas Representações e Práticas Alimentares do Comensal Urbano. In.: CONESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. **Antropologia e Nutrição: em diálogo possível.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 211-225.

GOTTLIEB, M. G. V. Transição epidemiológica, estresse oxidativo e doenças crônicas não transmissíveis sob uma perspectiva evolutiva. **Sci Med.**, v. 21, n. 2, p. 69-80, 2011.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença.** 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

LESSA, I.; FONSECA, J. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. **Revista Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.68, n.6, p.443-449, 1997.29

LIMA, R. T. et al. Educação em saúde e nutrição em João Pessoa, Paraíba. **Revista de Nutrição**, v.13, n.1, p.29-36, 2000.

MARTINS et al. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos de terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 443-456, 2007.

MORENO M. V. **Intervenção educativa para melhorar a qualidade de vida de pacientes com hipertensão arterial sistêmica na UBS Bom Pastor, Município Cariacica, Espírito Santo, Brasil.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família)

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Universidade Aberta do SUS, Rio de Janeiro, 2015.

MUNIZ, S.M. **Avaliação da aprendizagem de alunos com deficiência intelectual: a experiência de professores do ensino fundamental em Jijoca de Jericoacoara-CE.** 2018. 175f. - Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Educação, Fortaleza (CE), 2018.

MONTEIRO et al. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. **CadSaude Publica**, v. 26, s/n, p. 2039-2049, 2010.

NEUMANN, A. I. C. P.; MARTINS, I. G.; MARCOPITO.; ARAÚJO, E. A. C. Padrões alimentares associados a fatores de risco para doenças cardiovasculares entre residentes de um município brasileiro. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 5, n. 22, p. 329-339, 2007.

NAHAS, M. V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 5ª ed **rev. atual.** Londrina: Midiograf; 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Doenças Crônico-degenerativas e obesidade: **estratégia mundial sobre alimentação, atividade física e saúde** - Brasília, 2003.

OLIVEIRA, E. A.; BUBACH, S.; FLEGELER, D. S. Perfil de Hipertensos em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Enferm.**, v. 17, p. 3, p. 383-387, 2009.

PASSOS, V. M. A; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n.1, p.35-45, 2006.

PINOTTI, S.; MANTOVANI, M.F.; GIACOMOZZI, L. M. Percepção sobre a hipertensão arterial e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 526-534, 2008.

RIBEIRO et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Rev. Nutr.**, v. 25, n. 2, p. 271-282, 2012.30

RIERA, A. R. P. Hipertensão arterial: **conceitos práticos e terapêutica.** São Paulo: Atheneu; 2000.

ROSSI, A.; MOREIRA, E. A. M.; RAUEN, M. S. Determinantes de o comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Revista de Nutrição**, v. 6, n. 21, p. 739-748, 2008.

ROSÁRIO et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **ArqBrasCardiol.**, v. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.

SANTOS, Z. M. S. A. Hipertensão Arterial - um problema de saúde pública. **Rev. Bras. Promoção da Saúde**, v. 24, n. 4, Out/dez, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Tratamento da Hipertensão Arterial em Grupos Especiais, Negros e Miscigenados**.2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **ArqBrasCardiol.**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

SILVA JUNIOR, J. B. As doenças transmissíveis no Brasil: **tendências e novos desafios para o Sistema Único de Saúde**. In: Ministério da Saúde, ed. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

SCHMIDT, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: **carga e desafios atuais**. Porto Alegre: 2011. Disponível em:<<http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/pdf/brazilpor41.pdf>>. Acessoem: 02 de mar. 2018.

TALAEI et al. Incident hypertension and its predictors: the Isfahan Cohort Study. **J Hyertension**, v. 32, n. 1, p. 30-38, 2014.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 17ª ed. São Paulo: Cortez; 2013.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Revista Physis**, v.14, n.1, p.67-83, 2004.31

VITOR et al. Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 251-260, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Mendis S, Puska P, Norrving B editors. **Geneva**: World Health Organization; 2011.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes. Geneva: **WHO**; 2008.

APÊNDICE A - CRONOGRAMA DA PESQUISA

O quadro abaixo ilustra as atividades do projeto com seus respectivos prazos estabelecidos para cada etapa.

Quadro 2 – Cronograma de execução da pesquisa

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	Janeiro –Abril de 2019					
	01 a 22/02/19	28/02/19	14/03/19	28/03/19	4/04/19	24/05/19
Atividades	01 a 22/02/19	28/02/19	14/03/19	28/03/19	4/04/19	24/05/19
Ação 1 – Triagem dos participantes e perfil clínico e socioeconômico	X					
Ação 2 – Primeiro contato: roda de conversa com os hipertensos e apresentação de vídeo educativo		X				
Ação 3 – “Palestra” em parceria com os profissionais do NASF			X			
Ação 4 – Atividade “Alimentos saudáveis” e “Alimentos não saudáveis”; panfletos educativos				X		
Ação 5 – Encerramento com lanche funcional e aplicação do questionário avaliativo					X	
Ação 6 – Divulgação externa dos resultados da pesquisa						X

Fonte: Próprio autor

APÊNDICE B - RECURSOS NECESSÁRIOS

Os recursos que foram necessários para a realização deste projeto estão descritos abaixo, e todos os custos foram de responsabilidade do autor deste projeto de intervenção.

Quadro 3 – Recursos utilizados na pesquisa

Descrição	Quantidade	Unidade (R\$)	(*)Total (R\$)
Papel A4	2 resmas	15,90	31,80
Cartucho de tintas	02 unidades	39,00	78,00
Canetas	07 unidades	1,00	7,00
Lápis	06 unidades	0,40	2,40
Borracha	04 unidades	0,25	1,00
Cartolina	8 unidades	6,0	48,0
Frutas (lanche funcional)	Não definidas	Não definidas	200,00
*Datashow	-	-	-
TOTAL			368,20

Fonte: Próprio autor

(*) Não houve gastos financeiros com estes itens.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E CLÍNICO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

DATA: _____

Nome: _____

Idade: _____ anos; Sexo: M () F () peso----- altura ----- IMC -----

Nível de escolaridade -----

Renda mensal -----

Outras doenças associadas -----

Data da sua última avaliação de consulta -----

Consumo de bebidas alcoólicas -----

Utilização de medicamentos (mais de 5 remédios por dia)-----

Prática de Atividade Física-----

Autoavaliação de alimentação diária adequada sim ----- não -----

1. Enumere pelos menos 4 hábitos alimentares saudáveis.

2. As mudanças de hábitos alimentares (hábitos alimentares saudáveis) são importantes no seu entendimento? Por que os mesmos são importantes?

3. Quais dos alimentos que você conhece, e os que foram abordados nas atividades, que apresentam maior e menor quantidades de sódio, respectivamente? Descrever os que você conhece.

4. Quais as principais mudanças que ocorreram e/ou estão ocorrendo em seus hábitos alimentares. Caso houve mudanças, descrever quais as mudanças (Ex: Antes do projeto eu comia isso (x), depois do projeto passei a comer isso aqui (y)).

5. Qual a sua avaliação das atividades realizadas (gostou, não gostou, o que precisa melhorar, etc)?
