



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 EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FRANK IBARGOLLIN GONZALEZ

**PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
ações de educação alimentar e nutricional como fator de incentivo para
uma alimentação saudável de hipertensos**

FORTALEZA

2018

FRANK IBARGOLLIN GONZALEZ

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ações de educação alimentar e nutricional como fator de incentivo para uma alimentação saudável 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 a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof^o. Esp. Francisco Regis da Silva.

FORTALEZA

2018

S379t Gonzalez, Frank Ibargollin

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ações de educação alimentar e nutricional como fator de incentivo para uma alimentação saudável de hipertensos / Frank Ibargollin, Francisco Regis da Silva. Fortaleza, 2018.

36 folhas: il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

1. Hipertensão Arterial Sistêmica. 2. Educação Alimentar e Nutricional. 3. Promoção da Saúde I. Título.

Classificação (CDD)

FRANK IBARGOLLIN GONZALEZ

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ações de educação alimentar e nutricional como fator de incentivo para uma alimentação saudável 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 a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof^o., Esp. Francisco Regis da Silva.
Universidade Estadual do Ceará

Prof^o., titulação (Dr./Me/Esp), nome.
Instituição

Prof^o., titulação (Dr/Me/Esp), nome.
Instituição

RESUMO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são, atualmente, a maior causa de mortes no mundo. Assim, objetivou-se propor um plano de intervenção com ações de Educação Alimentar e Nutricional, em um grupo de hipertensos acompanhados em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), em Morada Nova, Ceará. Tratou-se de um estudo de intervenção. Este teve carácter transversal do tipo descritivo e analítico. As atividades foram executadas em uma UBSF (UBS Aruaru I), localizada na zona rural de Morada Nova, Ceará, localidade denominada Aruaru, uma vez por semana, durante um mês, totalizando 4 encontros, com duração de aproximadamente 1 hora por encontro. As atividades foram realizadas no mês de abril. Pretendeu-se trabalhar as ações de Educação Alimentar e Nutricional com 20 hipertensos, atendidos na referida UBSF. Participaram das atividades pessoas de ambos os sexos. As ações que foram realizadas foram as seguintes: Ação 1 – Triagem dos participantes e perfil clínico e socioeconômico; Ação 2 – Primeiro contato: roda de conversa com os hipertensos e apresentação de vídeo educativo; Ação 3 - “Palestra” educativa sobre atividade física e alimentação saudável; Ação 4 – Atividade “Alimentos saudáveis” e “Alimentos não saudáveis”; e Ação 5 – Encerramento com lanche funcional e aplicação do questionário avaliativo. As atividades foram avaliadas por meio de um questionário contendo perguntas a respeito do conteúdo abordado. Além das vivências e inferências do autor deste estudo. Ressalta-se que tais atividades de educação e promoção da saúde com os hipertensos foram relevantes e necessárias, pois possibilita a mudanças hábitos de vida.

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

ABSTRACT

Cardiovascular Diseases (CVD) are currently the largest cause of death in the world. The purpose of this study was to propose an intervention plan with actions of Food and Nutrition Education in a group of hypertensives accompanied at a Basic Family Health Unit (UBSF) in Morada Nova, Ceará. It was an intervention study. This was of a descriptive and analytical nature. The activities were carried out in a UBSF (UBS Aruaru I), located in the rural area of Morada Nova, Ceará, locality called Aruaru, once a week for a month, totaling 4 meetings, lasting approximately 1 hour per meeting. The activities were held in April. The intention was to work the actions of Food and Nutrition Education with 20 hypertensives, attended at the referred UBSF. People of both sexes participated in the activities. The actions that were performed were as follows: Action 1 - Triage of participants and clinical and socioeconomic profile; Action 2 - First contact: conversation wheel with hypertensive and educational video presentation; Action 3 - "Lecture" on physical activity and healthy eating; Action 4 - "Healthy Foods" and "Unhealthy Foods" Activity; and Action 5 - Closing with functional snack and application of the evaluative questionnaire. The activities were evaluated by means of a questionnaire containing questions about the content addressed. In addition to the experiences and inferences of the author of this study. It should be emphasized that such activities of education and health promotion with hypertensives were relevant and necessary, as it enables changes in life habits.

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

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	PROBLEMA.....	8
3	JUSTIFICATIVA.....	10
4	OBJETIVOS.....	12
4.1	OBJETIVO GERAL.....	12
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	12
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
6	METODOLOGIA.....	16
6.1	CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO.....	16
6.2	LOCAL E PERÍODO.....	16
6.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	16
6.4	DESENVOLVIMENTO DO PROJETO.....	16
6.5	ANÁLISE DAS ATIVIDADES.....	17
6.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	17
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	18
8	CRONOGRAMA.....	24
9	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	25
10	CONCLUSÃO.....	26
	REFERÊNCIAS.....	27
	APÊNDICE.....	32
	ANEXO.....	33

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).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) – $PA \geq 140 \times 90$ mmHg. “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, 2010, p. 7).

Dentre as DCVs, a HAS constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares (WHO, 2011), sendo considerada 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).

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 ocasionado 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).

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). 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 dietético são necessárias medidas fundamentais, como a redução do consumo de bebidas alcoólicas, o abandono do tabagismo, redução do peso corpóreo e 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, destaca-se as metas da educação em saúde para o indivíduo portador de HAS, estas devem incluir a apropriação de meios para o desenvolvimento de seu autocuidado e autonomia, a ampliação de seu nível de conhecimento e apreensão sobre os processos de saúde-doença-adoecimento e o desenvolvimento de estratégias para seu empoderamento para a 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 necessário para que os hipertensos vivam com qualidade de vida (COLÓSIMO et al., 2012).

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, destaca-se o fator alimentação. Assim, uma alimentação saudável pode contribuir com o

controle da pressão arterial. Fazendo, portanto, necessárias ações de educação alimentar e nutricional que possam promover hábitos alimentares saudáveis dos indivíduos hipertensos, neste sentido, melhorando a qualidade de vida.

Portanto, este projeto tem como foco principal contribuir com o controle da HAS de um grupo de hipertensos que são acompanhados pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do interior do Ceará, por meio da educação alimentar e nutricional. Para tanto, utilizar-se-á de técnicas da educação em saúde para promover ações de educação que possam contribuir com mudanças de hábitos alimentares dos hipertensos.

2 PROBLEMA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (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).

De acordo com os dados da pesquisa Vigitel - 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 e 29,5% no Rio de Janeiro. Em Fortaleza a frequência foi de 19,9%. 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, em Palmas (17,8%), São Luis (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, Palmas (15,7%), Manaus (16,2%) e Distrito Federal (18,1%) (BRASIL, 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 tem 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 (DCNT), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o maior problema de saúde social dos países desenvolvidos e em muitos dos países emergentes. 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.

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 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).

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 da HAS (BRASIL, 2013; PINOTTI; MANTOVANI; GIACOMOZZI, 2008).

Neste sentido, destaca-se as ações educativas, estas são ações que propiciam a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos problemas e de danos decorrentes das doenças não-transmissíveis (como hipertensão, diabetes, depressão, entre outras), atividades e ações que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, na perspectiva de emancipação das pessoas para atuar nos processos fundamentais de sua vida, como a alimentação, atividade física, enfim, combatendo os fatores de risco associados a tal patologia (SILVA JUNIOR, 2009).

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 portadoras de HAS (COSTA et al., 2014).

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 sejam, ações de promoção de uma vida saudável.

Portanto, cabe frisar que as atividades de Educação Alimentar e Nutricional como ação corroborativa no combate a tais patologias. Estas ações educativas são importantes, uma vez que, oportuniza aos hipertensos o processo educativo, com orientações sobre alimentação saudável, específica as suas necessidades.

Diante do exposto, ressalta-se a importância de tal atividade com a população em evidência, onde será possível trabalhar atividades educativas nutricionais, com o objetivo de contribuir com a autonomia dos participantes hipertensos para fazerem suas escolhas alimentares saudáveis.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Propor um plano de intervenção com ações de Educação Alimentar e Nutricional, em um grupo de hipertensos acompanhados em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), em Morada Nova, Ceará.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Destacar a importância de uma alimentação saudável para o controle da HAS;
2. Incentivar a prática da atividade física no grupo;
3. Contribuir com os conhecimentos necessários para promover qualidade de vida nesta população.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), assim como outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem importante problema de saúde pública em todo mundo (TURNER, 1980; ZIMMET et al., 1986; MARTINS et al., 1993; LESSA, 2004). A referida é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e 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.

Desta forma, faz-se indispensável o controle da pressão arterial, evitando assim complicações futuras, contribuindo para uma vida de melhor qualidade de vida (CHAVES; LOPES; ARAÚJO, 2006). No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram à 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 pode reduzir o risco de complicações e desacelerar sua progressão.

Contudo, 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).

Sabe-se que os elementos mais importantes no processo de determinação das Doenças Cardiovasculares-DCV, por exemplo, e de suas inter-relações são complexos. Admite-se que os fatores de risco tenham efeito sinérgico quando ocorrem concomitantemente. Entretanto, sabe-se que 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, têm-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).

Assim, entendida como um processo a educação em saúde visa a capacitar as pessoas e os grupos sociais para ação consciente em prol da saúde e para o enfrentamento de problemas fundamentais da vida, tais como a nutrição e atividade física. Campo de prática e conhecimento na saúde pública, ela constitui possibilidade 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 CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO

Tratou-se de um estudo de intervenção, de carácter transversal do tipo descritivo e analítico.

6.2 LOCAL E PERÍODO

As atividades foram executadas em uma Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF (UBS Aruaru III), localizada na zona rural de Morada Nova, Ceará, localidade denominada Aruaru. Foi realizada uma vez por semana, durante um mês, totalizando 4 encontros, com duração de aproximadamente 1 hora por encontro. As atividades foram executadas no mês de abril de 2018.

6.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Trabalhou-se as ações de Educação Alimentar e Nutricional com 20 hipertensos, atendidos em uma UBSF. Participaram do projeto pessoas de ambos os sexos.

6.4 DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

O projeto foi iniciado com a realização do diagnóstico da população de hipertensos, através da identificação dos participantes das atividades educativas, fazendo-se uma triagem por meio dos prontuários, como também entrevista com a enfermeira responsável pela UBSF. Destes pacientes, buscou-se os casos mais críticos. Levando como critério de inclusão o estado do paciente, entendendo que os mesmos são prioritários. Além disso, os referidos foram descritos por meio de informações a respeito do perfil clínico e socioeconômico.

No primeiro encontro promoveu-se a interação entre os profissionais de saúde e o grupo proposto. Objetivou-se, com este momento, conhecer os anseios, necessidades, dificuldades, dúvidas e valores culturais, com o objetivo de direcionar melhor as estratégias de educação nutricional a serem desenvolvidas. Por meio de uma Roda de conversa com os hipertensos e uma apresentação de um vídeo educativo.

No encontro seguinte, abordou-se a importância da redução do consumo de sódio, assim como, a promoção da atividade física. Foram levadas amostras de alimentos, assim como 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 agrave do quadro clínico do grupo. Assim, esta ação, que se denominou de “palestra” educativa por meio de metodologias ativas de ensino.

Já no terceiro encontro, abordou-se alguns alimentos “saudáveis” e “não saudáveis” e depois foi solicitado aos mesmos que escolhessem, entre várias figuras de alimentos, as que os hipertensos classificam como alimentos vantajosos para sua saúde, assim como os alimentos desvantajosos, colocando em uma cartolina.

No quarto e último encontro foi realizado um lanche funcional realizado com o auxílio dos profissionais que trabalham na cozinha da UBSF. E por fim, a aplicação de um questionário para aferir o grau de aprendizado do grupo, acerca dos assuntos abordados.

6.5 ANÁLISE DAS ATIVIDADES

Foi utilizado como atividade avaliativa um questionário contendo perguntas a respeito do conteúdo abordado (Apêndice A). Além disso, estas ações serão analisadas por meio de fotografias, vivências e inferências do autor deste trabalho.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto não foi submetido para apreciação em ética via Plataforma Brasil (Comitê de Ética em Pesquisa – CEP), uma vez que as informações coletadas nestas ações não serão publicadas. No entanto, foi explicado para cada participante das atividades os objetivos destas e somente participaram aqueles que desejaram.

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As ações educativas deste projeto foram realizadas no mês de abril de 2018, na Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF (UBS Aruaru III), localizada na zona rural de Morada Nova, Ceará, localidade denominada Aruaru. Desta maneira, os resultados destas ações foram expressos por meio de fotografias, fatores associados, estas descritos por valores absolutos e percentuais, e pelas falas dos participantes deste estudo.

Fez-se a seleção das participantes com a ajuda das Agentes Comunitárias de Saúde e a Enfermeira da UBS, desta maneira, realizou-se uma triagem dos participantes e traçou-se o perfil clínico e socioeconômico (Quadro 1). Selecionou-se um grupo de 20 hipertensos, atendidos em uma UBSF. Participaram do projeto pessoas de ambos os sexos.

Neste sentido, percebeu-se que a maioria dos hipertensos tinha idade entre 41 a 61 anos; ensino fundamental incompleto; com estado nutricional, por meio do IMC, sobrepeso e obesidade; com utilização de mais de 3 medicamentos por dia (polifarmácia); com renda menor que mil reais por mês; com utilização de medicamentos ansiolíticos (saúde mental); que apresentaram alimentação inadequada (informação autoreferida pelos pacientes) (Quadro 1).

É consenso 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). 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 empoderar os hipertensos acerca dos benefícios de uma alimentação saudável, prática de atividade física e controle dos demais fatores de risco envolvidos na hipertensão arterial, com isso possibilitando melhor qualidade de vida dos participantes deste estudo de intervenção.

Quadro 1. Fatores associados a hipertensão arterial sistêmica em um grupo de pacientes hipertensos. Morada Nova, Ceará.

VARIÁVEIS	N(%)
Idade	
20 a 30 anos	1(5,0)
31 a 40 anos	2(10,0)
41 a 50 anos	4(20,0)
51 a 60 anos	8(40,0)
≥ 61 anos	5(25,0)
Escolaridade	
Analfabetas	8(40,0)
Ensino fundamental incompleto	11(55,0)
Ensino fundamental completo	1(5,0)
IMC	
Magreza leve	1(5,0)
Eutrófico	5(25,0)
Sobrepeso	8(40,0)
Obeso	6(30,0)
Polifarmácia (mais de 3 medicamentos/dia)	
Sim	18(90,0)
Não	2(10,0)
Renda	
< 1000 reais/mês	14(70,0)
>1000 reais/mês	6(30,0)
Uso de ansiolítico (saúde mental)	
Sim	14(70,0)
Não	6(30,0)
Alimentação adequada	
Sim	6(30,0)
Não	14(70,0)

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com Oliveira, Bubach e Flegeler (2009) o perfil antropométrico influi no 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, no presente estudo se direcionou as ações para a diminuição e controle do peso corporal, com o objetivo de diminuir a PA dos pacientes hipertensos.

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 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 e prática de atividade física. Morada Nova, Ceará, 2018.



Fonte: Arquivo próprio.

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 no hábito 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).

Assim, 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, 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, enfermagem e demais profissionais de saúde. Neste aspecto, realizou-se ações de promoção da saúde também de forma individual, na consulta médica (Figuras 2 e 3).

Figuras 2 e 3. Ações educativas realizadas com os hipertensos sobre autocuidados na consulta médica. Morada Nova, Ceará, 2018.



Fonte: Arquivo próprio.

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 para um participante que desejasse expressar sua avaliação sobre estas ações. As questões disparadoras com as respectivas respostas estão descritas no quadro abaixo (Quadro 2).

Quadro 2. Avaliação das atividades realizadas por meio de perguntas abertas. Morada Nova, Ceará, 2018.

PERGUNTAS	RESPOSTAS
<p>1. Circule entre os alimentos abaixo, aqueles que podem agravar (piorar) o seu quadro clínico (a hipertensão)?</p> <p>a) Carnes magras grelhadas; 10 b) Salsicha; 15 c) Macarrão instantâneo (Nissen); 20 d) Leite; 0 e) Caldo de carne; 0 f) Pão sem sal ou integral. 20</p>	<p>- 10 pessoas circularam a opção A; - 15 pessoas a opção B; - 20 pessoa a opção C; - nenhuma pessoa circulou a opção D; - Nenhuma pessoa circulou a opção E; - 20 pessoas a opção F.</p>
<p>2. Enumere pelos menos 4 hábitos alimentares saudáveis.</p>	<p>“todo (caminhar, alimentação com frutas, elimina fumar, manter peso, evita obesidade, horario corecto alimentação, evitar massa frituras gorduras, toma muita aqua suco natural evitar bebida gaz”.</p>
<p>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 vocês conhecem)?</p>	<p>“MAIOR: Macarrão instantâneo, Pão sem sal ou integral, Sardinha em conserva, Bolacha água e sal, Lasanha MENOR: arroz, frutas”</p>
<p>4. As mudanças de hábitos alimentares (hábitos alimentares saudáveis) são importantes no seu entendimento? Por</p>	<p>“São importantes por que ajuda a controle da doença com hipertensão arterial sistêmica, diabetes, manter peso</p>

que os mesmos são importantes?	adequado para evitar outras doenças ou risco, ajuda melhora saúde da pessoa com uma boa alimentação”
5. 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))	“(X) ANTES DO PROJETO: Macarrão instantâneo, Pão sem sal ou integral, Sardinha em conserva, Bolacha água e sal, Lasanha; (Y) ATUALMENTE: continuo comendo em menos quantidades menos ocasiones em a semana incorpore a alimentação alimento baixo em sódio com fruta arroz suco, sopa de verdura caldo sim gorduras”
6. Qual a sua avaliação das atividades realizadas (gostou, não gostou, o que precisa melhorar, etc)?	“Todos falaram positivamente de a atividades do projeto e recomendar continuar fazendo grupo com novas atividades educativa que ajude mais a população a trata de prevenir a doença ou melhora sua doença, evitar complicação ajuda controle da doença com alimentação saudável”

Fonte: Dados da pesquisa.

Nesse contexto, é relevante considerar 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 (MARTINS et al., 2007).

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.

Desta forma, baseadas nas considerações acima, estas ações que foram realizadas nesse projeto de intervenção foram de suma importância, uma vez que, visou-se inserir mudanças de hábitos de saúde, e que estes promovam saúde nos hipertensos. Cabe, portanto, direcionar estas ações de forma longitudinal, com a inserção de toda equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e com os demais profissionais da Atenção Básica à Saúde (ABS), com destaque para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

8 CRONOGRAMA

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

Quadro 3. Cronograma das atividades. Morada Nova, Ceará, 2018.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	Abril de 2018				
	02/04/18	09/04/18	16/04/18	23/04/18	30/04/18
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” educativa sobre atividade física e alimentação saudável			X		
Ação 4 – Atividade “Alimentos saudáveis” e “Alimentos não saudáveis”				X	
Ação 5 – Encerramento com lanche funcional e aplicação do questionário avaliativo					X

9 RECURSOS NECESSÁRIOS

Os recursos que foram necessários para a realização deste projeto estão descritos abaixo.

Quadro 4. Recursos necessários. Morada Nova, Ceará, 2018.

Descrição	Quantidade	Unidade (R\$)	Total (R\$)
Papel A4	2 resmas	15,90	31,80
Cartucho de tintas	02 unidades	39,00	78,0
Frutas variadas	10 unidades de cada	50,0	50,0
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
Recursos humanos (NASF; Profissionais da UBSF)	-	-	-
(*)Total			218,2

(*) Todos os custos foram de responsabilidade do autor desta pesquisa.

10 CONCLUSÃO

Ressalta-se que tais atividades de educação e promoção da saúde com os hipertensos foram relevantes e necessárias, pois possibilita a mudanças hábitos de vida. Resultando assim, em promoção de qualidade de vida dos participantes hipertensos, por meio da propagação dos benefícios de uma alimentação adequada e saudável, prática de atividade física e demais ações de autocuidado.

Evidencia-se que a Atenção Primária à Saúde, por meio da ESF e dos NASF's, são espaços importantes para se realizar ações de educação em saúde, comungando assim, com os preceitos da carta de Alma-Ata. Mas, infelizmente, ações como estas são difíceis de acontecer por parte da Equipe Estratégia da Saúde da Família, na realidade estudada, uma vez que, estes profissionais de saúde têm que lidar com uma agenda de consultas e demandas que muitas vezes os impossibilitam de realizarem ações de educação em saúde.

Diante desta realidade evidenciada neste trabalho, faz-se recomendações importantes para que os resultados/impactos destas ações sejam alcançados com uma proporção maior: pretende-se continuar realizando estas atividades com este grupo, ou mesmo em consulta individual; que a gestão municipal de saúde compreenda a importância das ações de educação em saúde com os públicos prioritários; e que os demais profissionais de saúde contribuam com as ações de educação em saúde.

REFERÊNCIAS

AUGUSTO, 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. 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 Hipertensão no município de Teresina (PI). **Cien Saude 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. **Arq Bras Cardiol.**, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008.

COSTA et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm.**, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.

COSTA et al. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. **O Mundo da Saúde**, v. 38, n. 4, p. 473-481, 2014.

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. **Ciêñ 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 do avental branco. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, esp, p.10-15, 2012.

CUPPARI, L. **Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto**. Barueri: Manole, 2006.

CHAVES, E.S.; LOPES, M.V.O.; ARAÚJO, T.L. Investigação de fatores de risco associados à hipertensão arterial em grupo de escolares. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.14, n.2, p.169-175, 2006.

DESTRI, Kelli; ZANINI, Roberta de Vargas; ASSUNCAO, Maria Cecília Formoso. Prevalência de consumo alimentar entre hipertensos e diabéticos na cidade de Nova Boa Vista, Rio Grande do Sul, Brasil, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 26, n. 4, p. 857-868, 2017.

ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Rev Bras Epidemiol.**, 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: um 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.

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.

MONTEIRO et al. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. **Cad Saude 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 Salude 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.

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

ROSSI, A.; MOREIRA, E. A. M.; RAUEN, M. S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enforque 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. **Arq Bras Cardiol.**, 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. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3//capitulo6.asp>>. Acessado em: 03 de mar. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.**, 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>>. Acesso em: 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.

TURNER, R. W. D. Coronary heart disease: the size and nature of the problem. **Postgraduate Medicine**, v.56, s.n, p.238-247, 1980.

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.

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.

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.

ZIMMET, Z. P. et al. Obesity, hypertension, carbohydrate disorders and risk of chronic diseases. **Medical Journal of Australia**, v.145, n.6, p.256-262, 1986.

APÊNDICE

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

DATA: _____

Nome: _____

Idade: _____ anos; Sexo: M () F ()

1. Circule entre os alimentos abaixo, aqueles que podem agravar (piorar) o seu quadro clínico (a hipertensão)?

- a) Carnes magras grelhadas;
 - b) Salsicha;
 - c) Macarrão instantâneo (nissin);
 - d) Leite;
 - e) Caldo de carne;
 - f) Pão sem sal ou integral.
2. Enumere pelos menos 4 hábitos alimentares saudáveis.

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 vocês conhecem)?

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

5. 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)).

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

ANEXO

FOTOGRAFIAS DAS ATIVIDADES REALIZADAS

Figura 5. Atividades educativas realizadas com os hipertensos. Morada Nova, Ceará, 2018.



Fonte: Arquivo próprio.