



VALENTÍN ÁLVAREZ HEREDIA

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA NO PSF 05 NO MUNICÍPIO DE NOVO GAMA-  
GO**

CAMPO GRANDE-MS  
2015

VALENTÍN ÁLVAREZ HEREDIA

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA NO PSF 05 NO MUNICÍPIO DE NOVO GAMA-  
GO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como  
requisito para obtenção do título de Especialista em  
Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof.<sup>(a)</sup> Valéria Rodrigues de Lacerda

CAMPO GRANDE-MS  
2015

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida.

A minha esposa por seu amor incondicional e apoio para alcançar minhas metas.

A meus pais que sempre me inspiram e dão forças para continuar lutando pela conquista dos meus objetivos.

A minha família que sempre esteve presente em meus triunfos e contratempos e da qual me orgulho muito.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado a saúde e força necessária para superar as dificuldades.

Ao apoio incondicional dos meus membros da equipe, os quais me acompanharam sempre neste processo.

A minha tutora Valéria Rodrigues de Lacerda pelo suporte, suas correções e incentivos e pela contribuição á formação dos meus conhecimentos.

A todos aqueles que formaram parte da realização deste projeto.

"O segredo do sucesso é a constância do propósito."

Benjamin Disraelí

## RESUMO

A Hipertensão Arterial é considerada um problema de saúde pública, constitui um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, sendo uma das causas de maior redução da qualidade de vida. Sua prevalência sofre influência de fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Realizou-se uma intervenção educativa com 150 pacientes hipertensos, pertencentes ao Posto de Saúde da Família número 5, do município Novo Gama, durante os meses de fevereiro, março e abril, do ano 2015, através da implementação de ações de promoção e prevenção de saúde, para promover mudanças no estilo de vida, e fatores de risco modificáveis, fundamental no controle da HAS e prevenção das complicações, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Foram realizadas reuniões e palestras educacionais com auxílio de meios audiovisuais e questionários para verificar o nível de conhecimento desta doença. A amostra foi dividida em quatro grupos, cada grupo participou de três reuniões. Os dados foram coletados dos prontuários e entrevistas, os resultados expressos em tabelas. Neste estudo a hipertensão apresentou maior prevalência no sexo feminino, na raça negra e em pacientes com mais de 60 anos, sendo a maioria deles pessoas com baixo nível cultural. Os fatores de risco, mais frequentes foram o sedentarismo seguido pela obesidade e os hábitos dietéticos inadequados. O Diabetes foi a doença mais comum associada nestes pacientes. Após a intervenção os fatores de risco que mais se modificaram foram o sedentarismo e os hábitos dietéticos inadequados. Este projeto teve um impacto positivo, pois contribuiu no aumento do nível de conhecimento da população sobre a doença; e na modificação dos estilos de vida inadequados.

Palavras Chaves: Hipertensão. Intervenção Educativa, Fatores de risco.

## **ABSTRACT**

The Hypertension is considered a public health problem it is an important risk factor for developing cardiovascular disease, one of the biggest causes of reduced quality of life. Its prevalence is influenced by modifiable risk factors and non-modifiable. An educational intervention with 150 hypertensive patients belonging to the Family Health Center number 5, the city Novo Gama, was carried out during the months of February, March and April of 2015, by implementing actions of promotion and prevention health, to promote changes in lifestyle and modifiable risk factors, important in controlling hypertension and prevention of complications, improving the quality of life of patients. Were made meetings and educational lectures with the help of audio-visual medium and questionnaires to verify the level of knowledge of this disease, the sample was divided into four groups, each group participated in three meetings. Data were collected from medical records and interviews, the results expressed in tables. In this study, hypertension was more prevalent in females, blacks and patients with more than 60 years, most of them people with low cultural level. Risk factors, most frequent were physical inactivity followed by obesity and inadequate dietary habits. Diabetes is the most common disease associated with these patients. After the intervention the risk factors that have changed were the sedentary lifestyle and inadequate dietary habits. This project had a positive impact, because contributed to increasing the level of knowledge of the population about disease; and the modification of inadequate lifestyles.

Key words: Hypertension. Educational intervention. Risk factors

## SUMÁRIO

<b>1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....</b>	<b>08</b>
<b>1.1 Introdução.....</b>	<b>08</b>
<b>1.2 Objetivos: Geral e Específicos.....</b>	<b>09</b>
<b>2. ANÁLISE ESTRATÉGICA.....</b>	<b>11</b>
<b>3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>25</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>28</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>36</b>

## 1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

### 1.1 Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é, ao mesmo tempo, fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) e síndrome com manifestações próprias e características peculiares <sup>1</sup>. As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI (DBH VI) <sup>1</sup> conceituam HAS como "uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se freqüentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais". Ainda de acordo com essas mesmas diretrizes são considerados portadores de HAS indivíduos com "pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmhg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmhg." <sup>2</sup>

Considerada um problema de saúde pública, a Hipertensão Arterial é um fator de risco bem estabelecido para as doenças cardiovasculares. Sua prevalência sofre influência de uma série de fatores de risco que podem ser classificados como modificáveis ou não modificáveis, como idade, estado nutricional, gênero, etnia, ingestão de sal, de álcool e posição socioeconômico <sup>3,4</sup>. Esses fatores de risco freqüentemente se apresentam de forma agregada, a predisposição genética e os fatores ambientais que tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável <sup>5</sup>. Em 25% e 40% dos casos, a Hipertensão Arterial participa da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e do acidente vascular cerebral, respectivamente, caracterizando-se como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. <sup>6</sup>

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares. <sup>7</sup> É a principal causa de óbito previsível no mundo, responsável por 13% das mortes. <sup>8</sup> Em 2000, a prevalência mundial foi estimada em torno de 26%, devendo passar para 29% em 2025, considerando apenas o aumento populacional e a composição etária. Esse percentual equivale a aproximadamente 1,56 bilhão de pessoas afetadas. <sup>9</sup> Na América Latina, a HAS afeta mais de um terço da população. <sup>8</sup> No Brasil, em 2008, cerca de 21% das pessoas com 20 anos e mais relataram diagnóstico de HAS <sup>10</sup> e, em 2011, esse percentual chegou a quase 23%

entre indivíduos com 18 anos.<sup>11</sup> No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no mundo.<sup>12,13</sup>

Segundo a realidade atual do Brasil enquanto às Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a Hipertensão Arterial Sistêmica constitui sem dúvida uma das doenças com maior prevalência, relacionada com múltiplos fatores de riscos modificáveis e não modificáveis, além dum aparecimento cada vez mais precoce, e repercuto sob a saúde da população, e pelo fato que na minha comunidade esta doença tem uma prevalência significativa, considera-se importante a necessidade de realizar intervenções imediatas por meio da implementação de estratégias de prevenção e promoção da saúde dirigidas à redução da exposição da população aos fatores associados ao risco de desenvolvimento da hipertensão arterial; a traves do conhecimento desta doença para fazer mudanças no estilo de vida das pessoas, fundamental para redução das complicações e melhora de qualidade de vida dos hipertensos.

Pelo quais o objetivo principal de este estudo é realizar uma intervenção educativa de promoção e prevenção de saúde em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica cadastrados no PSF-05 do município Novo Gama.

## **1.2 Objetivos**

### **Objetivo Geral**

- Realizar intervenção educativa em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica cadastrados no PSF-05 do município Novo Gama-GO.

### **Objetivos Específicos**

- Caracterizar os casos de hipertensão arterial atendidos no posto de saúde da família em quanto a idade, raça, sexo, condições socioeconômicas e culturais.

- Determinar os fatores de risco presentes nos pacientes atendidos por Hipertensão Arterial.
- Incentivar, mudanças no estilo de vida dos pacientes hipertensos mediante atividades de promoção e prevenção de saúde planejada pela Equipe Básica de Saúde.
- Avaliar o resultado do impacto da intervenção educativa nos pacientes estudados.

## 2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

Através da realização desta intervenção educativa foram implementadas estratégias de prevenção e promoção de saúde dirigida à redução dos fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica, na população da área de saúde correspondente ao PSF # 5, do município Novo Gama, onde esta doença crônica tem uma prevalência importante, o qual foi o motivo para a realização deste trabalho, já que com a adoção destas estratégias em saúde e o incremento do conhecimento sobre esta doença e os fatores de risco, as pessoas com Hipertensão Arterial Crônica, podem fazer as mudanças de estilo de vida fundamentais para o controle da mesma, com a finalidade da redução das complicações e melhora de sua qualidade de vida.

A hipertensão arterial tem alta prevalência em todo o mundo, sendo um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV). Uma vez presente e não tratada pode ocasionar lesões nos órgãos-alvo e, como conseqüência final, pode ser responsável pela ocorrência de acidentes vasculares cerebrais, doença arterial coronária, cardiopatia hipertensiva com insuficiência cardíaca, insuficiência renal e insuficiência vascular periférica.<sup>14</sup> Esta doença esta associada a taxas de morbidade e mortalidade significativas, considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública, especialmente nos países desenvolvidos, na maioria dos casos é uma doença assintomática, no entanto, apresenta-se com complicações graves e fatais se não forem tratadas cedo. Apesar de ser de fácil diagnóstico, ainda é ignorada por boa parte dos portadores e mesmo os indivíduos que sabem de seu diagnóstico não têm taxa de controle adequado, sendo inferior a 50% entre aqueles sob tratamento médico.<sup>15</sup>

Os principais fatores envolvidos à adesão ao tratamento estão relacionados ao conhecimento, à percepção da hipertensão arterial, a motivação pessoal pela busca de melhor estado de saúde, e a obtenção do controle da pressão arterial através de modificações de hábitos de vida. O tratamento não medicamentoso da HAS compreende mudanças de estilo de vida como alimentação controlada, baixo consumo de sódio e álcool, combate ao estresse, sedentarismo e tabagismo, que devem ser estimulados desde a infância. A prevenção primária enfatiza este eixo do

tratamento, para redução da pressão arterial, principalmente em pacientes com pressão limítrofe.<sup>16</sup>

Quanto à promoção de saúde, são de grão importância as ações direcionadas à educação e à prática de prevenção de fatores de risco, já que com essas medidas pretende-se vislumbrar uma boa qualidade de vida da população. O exercício físico e o combate ao sedentarismo fazem parte das estratégias de prevenção à HAS. A realização de atividade física provoca diminuição nos níveis de pressão. Para manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, recomenda-se que todo o adulto realize no mínimo 30 minutos de atividade física moderada, pelo menos cinco vezes por semana.<sup>17</sup>

A intervenção educativa foi feita mediante a realização de reuniões em grupos, a pacientes hipertensos apoiando a atividade com palestras educativas, e a utilização de mídias áudio visuais, distribuição de folders e uso de folhas com informações educativas, a uma amostra de 150 pacientes com HAS (n=150), pertencentes ao PSF # 5 do município Novo Gama, uma vez que deram o seu consentimento para o estudo, durante os meses de fevereiro, março e abril, do ano 2015, eles moram em áreas perto do centro de saúde, os quais foram escolhidos aleatoriamente, sendo com que a grande maioria tem como principal fator de risco a obesidade. As reuniões com os pacientes foram feitas em uma igreja perto do PSF porque nosso PSF não dispõe de uma sala com espaço suficiente para o desenvolvimento das atividades educativas. Primeiramente utilizou-se a entrevista médica e foi aplicado um questionário para obter o nível de conhecimento e percepção de risco que os pacientes estudados têm a respeito da HAS antes e depois da intervenção educativa. O questionário aplicado abordava informações sobre dados biossociais do paciente, conhecimento prévio do tratamento e controle da HAS, assim como sobre os fatores de risco desta doença, para complementar os temas que foram trabalhados nos encontros em grupo. Todos os entrevistados foram convidados a participar nos encontros em grupo, que consistiram em atividades educativas com duração aproximada de duas horas, com a participação dos integrantes da equipe de saúde.

Ao participar nas atividades educativas o paciente, mediante a apreensão de conhecimentos relativos à sua condição, participou de forma ativa no processo de

cuidado e avaliação da sua patologia, em cada atividade proposta. Foi necessário o conhecimento prévio dos aspectos relativos à sua doença, para que os objetivos propostos de mudanças nos estilos de vida dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica fossem alcançados. Diante ao exposto, a pesquisa feita identificou os conhecimentos que os usuários tinham sob a hipertensão arterial, e mediante os dados apresentados foram feitas as intervenções educativas nos pacientes estudados.

### 3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Nesta fase do Projeto foi feita uma Intervenção Educativa a um grupo de pacientes com HAS de nossa área de abrangência, onde esta doença tem uma alta prevalência e incidência. Para atingir os objetivos propostos neste estudo, foram implementadas ações de prevenção e promoção em saúde dirigidas a lograr mudanças no estilo de vida per judiciais para a saúde e a redução dos fatores de risco modificáveis para obter uma melhor qualidade de vida nos pacientes com esta doença crônica; mediante a realização de reuniões em grupos, a pacientes hipertensos apoiando a atividade com palestras educativas, e a utilização de médios áudios visuais, distribuição de folders e uso de folhas com informações educativas.

A população de estudo foi composta por um total de 150 pacientes com HAS (n= 150) pertencentes ao PSF 5 do município Novo Gama-GO, escolhidos ao azar uma vez que deram o seu consentimento para o estudo, durante os meses de fevereiro, março e abril, do ano 2015.

As reuniões foram realizadas na Igreja Evangelista "Assembléia de Deus" que fica perto de nosso PSF. Os pacientes foram divididos em quatro grupos (I,II,III,IV), o primeiro grupo foi composto por 39 pacientes e os três restantes por 37 pacientes completando desse jeito o 100 % da amostra (n= 150). Cada grupo participou nos três encontros que foram realizados mensalmente sempre nas segundas feiras de cada semana das 9:00 às 11:00 horas da seguinte forma, o Grupo I na primeira semana de cada mês; o Grupo II na segunda semana de cada mês; o Grupo III na terceira semana de cada mês e o Grupo IV na quarta semana de cada mês, com uma assistência total de um 95 % em cada encontro. Através destas reuniões, foi possível conhecer mais de nossos pacientes, seus estilos de vida, fatores de risco, além disso, analisamos seus prontuários durante as consultas agendadas, consultas demandadas e na consulta do atendimento de Hiperdia feitas regularmente e também nas visitas domiciliares para completar a informação necessária para o estudo.

Para a realização das atividades educativas contamos com o apoio de todos os membros da equipe de saúde e em especial dos agentes comunitários de saúde que citaram a todos os pacientes às reuniões. Foram realizadas palestras

educativas com atividades dinâmicas que suscitaram discussões com uma duração aproximada de duas horas; mediante a utilização de mídias audiovisuais facilitados pela Secretaria de Saúde do nosso município, o qual contribuiu á realização das palestras e atividades planejadas nos encontros para promover as ações de educação em saúde.

Os temas abordados nas palestras educativas foram sobre o conceito da doença, principais sintomas e sinais, fatores de riscos modificáveis e não modificáveis, as complicações mais freqüentes, efeitos nocivos que provoca ao organismo o tabagismo, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, e a importância de cumprir com o tratamento não medicamentoso e medicamentoso, com o objetivo de conscientizar aos pacientes com a necessidade de mudar estes estilos de vida per judiciais à saúde. Utilizou-se uma linguagem acessível aos pacientes para uma melhor compreensão, visto que a maioria tem um baixo nível cultural e alguns são analfabetos; apesar de isso, os pacientes tiveram participação ativa nos debates e expressaram suas idéias corrigindo equívocos que tinham em muitos aspectos desta doença.

Na primeira reunião foi aplicado um questionário para determinar os dados gerais dos pacientes como idade, raça, sexo, nível cultural e o nível de informação que estes pacientes tinham de HAS. Foi realizada uma palestra educativa conduzida pela médica do posto, abordando aspectos como conceito, sintomas, sinais e impacto global da Hipertensão Arterial, verificando assim o nível de conhecimento dos paciente sobre este tema. O grupo I contou com a participação de 37 pacientes, o grupo II de 37, o grupo III de 36, e o grupo IV de 34 pacientes.

No segundo encontro com cada grupo, foi realizada uma palestra educativa sobre, principais fatores de risco, tratamento e complicações da Hipertensão Arterial, abordada pela enfermeira e a médica, Nesta ocasião realizou-se um debate com a participação recíproca entre os pacientes e os membros da equipe, mediante adaptações de jogos de uso comum na população com a teoria acerca de assuntos relacionados à hipertensão, com a discussão dum caso problema para que eles identificaram fatores de risco, com uma duração de meia hora aproximadamente para síntese do tema e avaliação. Também entregou-se aos pacientes um folheto

com orientações sobre HAS, dieta para hipertensos. O grupo I participaram 36, no grupo II 35, no grupo III 35, e no grupo IV 37 pacientes.

No último encontro de cada grupo, foi feita uma palestra educativa sobre orientações para promover estilos de vida saudáveis e alcançar um melhor controle da hipertensão, conduzida pela nutricionista, médica e enfermeira, com o objetivo de conscientizar aos pacientes a necessidade de mudar seus estilos de vida prejudiciais à saúde, para evitar as complicações da doença e melhorar a qualidade de vida. As principais recomendações foram a realização de exercícios físicos regularmente para evitar vida sedentária e obesidade, manter uma dieta saudável, assistir a consultas especializadas para o abandono do hábito de fumar e alcoolismo, fazer o tratamento todos os dias, medir sua pressão arterial com frequência, evitar o stress e o uso de algumas drogas que aumentam a pressão arterial como os antiinflamatórios não-esteróides e esteróides, entre outros. Também foi repetido o mesmo questionário aplicado no início da intervenção, para comprovar o impacto que as palestras educativas causaram nos pacientes, e os resultados foram satisfatórios uma vez que os pacientes no estudo em questão adquiriram os conhecimentos necessários sobre HAS. No primeiro grupo I participaram 37 pacientes, no grupo II 36, no grupo III 37 e no grupo IV 37 pacientes.

Depois de completar todas as atividades de promoção e educação em saúde planejada e recolher os dados que correspondem aos objetivos de nosso projeto de intervenção, foi feita a análise da informação. Os resultados foram expressos em tabelas para uma melhor compreensão da realidade da Hipertensão Arterial na nossa comunidade e o impacto causado com nossa estratégia de intervenção.

Tabela 1: Distribuição dos pacientes com HAS por grupo de idade e sexo.

Faixa etária	Sexo masculino		Sexo feminino		Total	
	numero	%	numero	%	numero	%
15-19 anos	0	0	0	0	0	0
20-39 anos	9	6.0	11	7.3	20	13.3
40-49 anos	10	6.7	19	12.7	29	19.4
50-59 anos	5	3.3	16	10.7	21	14.0
60 anos e mais	33	22.0	47	31.3	80	53.3
Total	57	38.0	93	62.0	150	100

Fonte: questionário e ficha individual dos pacientes 2014.

Na tabela 1, observa-se que é mais freqüente a Hipertensão Arterial em mulheres com um total de 93 pacientes 62.0 %, seguido do sexo masculino com 57 pacientes 38.0%, a literatura descreve que a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, o qual não ocorre no nosso estudo, posto que sempre fosse, mas freqüente na mulher, invertendo-se a partir da quinta década, a hipertensão arterial torna se mais freqüente em mulheres, pois, em geral, ela se expõe a situações especiais que por si só contribuem para o surgimento de HAS - o uso de contraceptivo oral, a gestação e a própria menopausa. <sup>2</sup>

O grupo etário que mais pacientes hipertensos têm é de 60 anos e mais com 80 pacientes 53.3%, o qual nos permite confirmar que o risco de HAS aumenta com a idade. Estes resultados coincidem com o artigo publicado na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Assistência multidisciplinar, Vol.2, Curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, Atenção integral á saúde do adulto, 2011, 27-30 <sup>7</sup> e com o artigo da Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010. <sup>2</sup>

Tabela 2. Distribuição dos pacientes por raça e sexo

Raça	Sexo masculino		Sexo feminino		Total	
	numero	%	numero	%	numero	%
<b>Branca</b>	17	11.3	29	19.3	46	30.6
<b>Preta</b>	33	22.0	51	34.0	84	56.0
<b>Mestiça</b>	7	4.7	13	8.7	20	13.4
<b>Total</b>	57	38.0	93	62.0	150	100

Fonte: questionário 2014.

Na tabela 2, observa-se que em nosso estudo foi mais freqüente a HAS na raça negra com um total de 84 pacientes 56.0 %, e deles as mulheres negras com um total de 51 pacientes para 34.0%; estes resultados coincidem com muitos artigos da literatura.<sup>1,10</sup>

Tabela 3. Distribuição dos pacientes por escolaridade.

Escolaridade	numero	%
<b>Analfabeto</b>	21	14.0
<b>Ensino fundamental incompleto</b>	62	41.3
<b>Ensino fundamental completo</b>	34	22.7
<b>Ensino médio incompleto</b>	20	13.3
<b>Ensino médio completo</b>	7	4.7
<b>Ensino superior incompleto</b>	5	3.3
<b>Ensino superior completo</b>	1	0.7
<b>Universitário</b>	0	0
<b>Total</b>	150	100

Fonte: questionário 2014.

Na tabela 3 mostra se que a maioria dos pacientes hipertensos neste estudo tem uma escolaridade baixa (ensino fundamental incompleto) com um total de 62 hipertensos para um 41.3 %, e só temos um paciente com escolaridade de ensino superior completo 0.7%, o que poderia significar que o nível cultural é muito importante para evitar ou controlar esta doença, porque, a maior escolaridade da pessoa, fica mais instruída e tornam-se mais conscientes da importância de adoção

de estilos de vida saudáveis para ter uma melhor qualidade de vida o qual concorda com a publicação: Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. Arq. Bras. Cardiol. 2010.95. <sup>4</sup>

Tabela 4. Distribuição dos pacientes por ocupação.

Ocupação	número	%
<b>Trabalhador</b>	39	26.0
<b>Estudante</b>	4	2.7
<b>Aposentado</b>	86	57.3
<b>Desocupado</b>	21	14.0
<b>Total</b>	150	100

Fonte: questionário 2014.

Na tabela 4 pode se observar que a maioria dos pacientes hipertensos são aposentados representando um total de 86 pacientes para um 57.3 %, seguido dos trabalhadores com um total de 39 pacientes 26.0%. Com este resultado a equipe ficou satisfeita porque evidência se que a maioria dos pacientes tem dinheiro para manter uma dieta adequada, assim como para comprar alguns medicamentos necessários para o controle das doença associadas (dislipidemias, doenças endócrino-metabólicas, entre outras), pois a maioria dos remédios é de graça para os hipertensos.

Tabela 5. Distribuição dos pacientes por fator de risco.

Fator de risco	número	%
<b>Sedentarismo</b>	79	52.7
<b>Obesidade</b>	51	34.0
<b>Tabagismo</b>	29	19.3
<b>Dislipidemias</b>	25	16.7
<b>Alcoolismo</b>	5	3.3
<b>Hábitos dietéticos inadequados</b>	45	30.0

Fonte: questionário e ficha individual dos pacientes 2014.

Na tabela 5 observou-se que o fator de risco de maior incidência foi o sedentarismo com um total de 79 pacientes 52.7%, seguido da obesidade com 51

pacientes 34.0% e hábitos dietéticos inadequados com 45 pacientes 30.0%. Estes resultados concordam com a literatura que plantio que os indivíduos sedentários têm maiores taxas de HAS. <sup>3,11</sup> constituindo um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares. Indivíduos sedentários apresentam risco 30% maior de desenvolver HAS que os ativos. <sup>4,17</sup>

O peso excessivo (sobrepeso ou obesidade) influencia marcadamente na elevação da pressão. <sup>8</sup> Da mesma forma a ingestão excessiva de sal tem uma correlação direta com HAS. A ingestão excessiva de bebidas alcoólicas por tempo prolongado é também fator que agrega risco, mais no nosso estudo só temos 5 pacientes que são alcoólicos para um 3.3%.

A Hipertensão Arterial Sistêmica quando tem associado o tabagismo aumenta o risco de doenças cardiovasculares; a nicotina presente no cigarro causa a diminuição do volume interno das artérias, provocando endurecimento ou arteriosclerose, além da aceleração da frequência cardíaca e, conseqüentemente, da hipertensão. O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação e parece ser maior em mulheres do que em homens. <sup>3</sup> No nosso estudo temos um total de 29 pacientes fumantes 19.3%, os hipertensos que fumam devem ser incansavelmente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas.

Tabela 6. Doenças crônicas associadas aos pacientes com HAS.

<b>Doenças crônicas</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Diabetes Militou</b>	35	23.3
<b>Cardiopatía isquêmica</b>	23	15.3
<b>Doenças cérebro vascular</b>	4	2.7
<b>Insuficiência renal</b>	2	1.3
<b>Outras</b>	19	12.7

Fonte: questionário e ficha individual dos pacientes 2014.

Na tabela 6 observa-se que a doença crônica de maior incidência nos pacientes de nosso estudo é a Diabetes Melitus com um total de 35 pacientes 23.3%, seguido da Cardiopatía Isquêmica com 23 casos 15.3%. Como a tabela

mostra a grande maioria dos pacientes de nosso estudo têm Diabetes Melitus e associado estas duas doenças causam serias complicações para os seres humanos tais como Insuficiência Renal e doenças Cérebro Vascular, que dia por dia aumentam mais a sua prevalência no mundo causando muitas mortes, além dos altos custos econômicos para o país. Esta afirmação esta de acordo com as observações feitas por muitas literaturas que plantem que a HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabete, 50% dos casos de insuficiência renal terminal<sup>2,4,7</sup>

Tabela 7. Prevalência dos fatores de riscos respeito à intervenção educativa.

Fatores de risco	Antes da intervenção		Após da intervenção	
	Número	%	número	%
<b>Sedentarismo</b>	79	52.7	20	13.3
<b>Obesidade</b>	51	34.0	51	34.0
<b>Tabagismo</b>	29	19.3	26	17.3
<b>Dislipidemias</b>	25	16.7	10	6.7
<b>Alcoolismo</b>	5	3.3	5	3.3
<b>Hábitos dietéticos inadequados</b>	45	30.0	7	4.7

Fonte: questionário 2014

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da HAS. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool, são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, mesmo assim com as doses adequadas de medicamentos, se não controlam se estes fatores não conseguirem alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.

Na tabela 7 observa-se que o fator de risco que mais mudou foi, o sedentarismo, posto que antes da intervenção educativa tinha uma prevalência de 79 pacientes 52.7% e depois foi de só 20 pacientes 13.3%, muitos pacientes passaram a fazer caminhadas e outros se incorporaram á pratica de exercício em

academias com supervisão de um preparador físico; o segundo fator de risco que teve uma mudança significativa foram os hábitos dietéticos inadequados com uma prevalência de só 7 representando um 4.7% de pacientes após da intervenção. Os pacientes aprenderam a importância de fazer uma dieta saudável e baixa de sal, para controlar sua doença. O tabagismo baixo sua prevalência de 29 pacientes a 26 casos para um 17.3% no final do estudo, o qual é muito significativo porque é um hábito difícil de eliminar pela adição que provoca nos pacientes. Com relação aos pacientes com dislipidemias também diminuiu a sua prevalência de 25 pacientes a 10 casos representando um 6.7% após intervenção, pois foi imposto aos pacientes, tratamento médico com hipocolesterolêmicos via oral e medidas higiênicas dietéticas adequadas, conseguindo se diminuir este fator de risco naqueles pacientes com índices lipídicos relativamente altos. Em quanto à obesidade e alcoolismo não tivemos resultados positivos até o momento da conclusão da intervenção; porque são condições que demoram em ter resultados em pouco tempo, mas os pacientes estão conscientes da necessidade de mudar esses estilos de vida prejudiciais a sua saúde.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo atingiu-se de forma total o objetivo geral; realizou-se uma intervenção educativa através de atividades de promoção e prevenção de saúde nos pacientes hipertensos de nossa área de abrangência para mudar estilos de vida per judiciais que podem agravar o descontrolar esta doença. Conseguiu-se mudar alguns fatores de risco, mas outros não foram possíveis na sua totalidade porque criam um alto grau de adição nos pacientes, como o alcoolismo difícil de erradicar, além disso dependem de muitos fatores como, o nível cultural das pessoas, o grau de conscientização tomado com respeito a o problema de saúde, o apoio familiar dos pacientes, assistência às atividades educativas, assim como do tempo implicado nestas atividades; pelo fato que para obter melhores resultados precisa se do desenvolvimento destas atividades, com maior frequência e sistematicamente garantindo a continuidade destas ações de saúde na população.

Os objetivos específicos foram plenamente atendidos; foram caracterizados os casos de hipertensão arterial atendidos no posto de saúde da família enquanto a idade, raça, sexo, e condições socioeconômicas e culturais; identificou-se os fatores de risco presentes nos pacientes com HAS; elevou-se o índice de conhecimento dos pacientes sobre esta doença crônica; incentivou-se mudanças no estilo de vida dos pacientes hipertensos mediante atividades de promoção e prevenção de saúde planejada pela Equipe Básica de Saúde; além foram avaliados os resultados do impacto da intervenção educativa nos pacientes estudados.

Este projeto teve uma boa aceitação por parte da população, além de um impacto positivo, pois logrou se mudar um grupo importante de fatores de risco; os pacientes se sentiram satisfeitos com a atenção de saúde brindada e participaram nas atividades planejadas por nossa equipe de saúde. Contribuiu se a elevar seus conhecimentos sobre a doença, e a conscientizar sobre a importância de tomar medidas para um melhor controle e prevenção das complicações da Hipertensão Arterial.

Como propostas para superação das fragilidades considera-se importante aumentar o número de atividades de promoção e prevenção de saúde; assim como continuar incentivando a participação dos pacientes às atividades educativas. Fazer capacitações sobre Hipertensão Arterial aos integrantes da equipe de saúde para

oferecer atividades educativas de qualidade; além do acompanhamento dos pacientes com esta doença. Estimular moralmente aos pacientes para mudarem os estilos de vida prejudiciais e conscientizar-los da importância de adotar estilos de vida saudáveis.

Para otimizar as potencialidades deste tipo de projeto deve se ter em conta o apoio dos setores governamentais junto a uma adequada parceria dos demais setores sociais envolvidos, junto á comunidade, que possam brindar os recursos básicos indispensáveis como, locais onde desenvolver as atividades, refrigerantes, lanches, materiais didáticos, para garantir desse jeito um trabalho de boa qualidade nas comunidades, nas ações de prevenção e promoção de saúde, tendo como objetivo final melhorar a qualidade de vida dos pacientes com Hipertensão Arterial.

## REFERÊNCIAS

1. Professora Maria de Fátima do Nascimento Silva Delfino. Emergência Hipertensiva, 2011. Disponível em: <http://www.tele.medicina.ufg.br>.
2. SBH – Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão; *Sociedade Brasileira de Cardiologia*; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010.
3. Casado CL. Prevalência de Fatores de Risco para Doenças Não Transmissíveis na população adulta de 18 capitais brasileiras: um inquérito domiciliar. 2010. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Leticia\\_Casado\\_prevalencia.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Leticia_Casado_prevalencia.pdf)
4. Da Conceição FC; Gondim PMR; Alves BM; Silveira EA. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. Arq. Bras. Cardiol. 2010;95 (5). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010001500010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001500010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt)
5. Brandão AA, Magalhães MEC, Ávila A, Tavares A, Machado CA, Campana EMG, et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. J Bras Nefrol 2010;32 Suppl 1:1-4.
6. Picon, DVCR. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil e manejo usual da doença na atenção primária. UF do Rio Grande do Sul. 2012; 27(6), 04. Pdf. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n6/04.pdf>
7. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Assistência multidisciplinar, Vol.2, Curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, Atenção integral á saúde do adulto, 2011, 35-37
8. World Health Organization. Global status report. Non-communicable diseases country profile, 2011. Disponível em: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_profiles2011/en/in dex.html](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/in dex.html) (acessado em 24/Set/2012).

9. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365: 217-23.
10. Moreira JPL, Moraes JR, Raggio RL. Prevalence of self-reported systematic arterial hypertension in urban and rural environments in Brazil: a population-based study. *Cad Saúde Pública* 2013; 29: 62-72.
11. Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. Muniz LC, Cascaes AM, Wehrmeister FC, Martínez- Mesa J, Barros AJD, Menezes AMB. Trends in selfreported arterial hypertension in Brazilian adults: an analysis of data from the *Brazilian National Household Sample Survey*, 1998-2008. *Cad Saúde Pública* 2012;28:1599-607.
13. Pereira, Ana Augusta Maria, Aspectos psicológicos envolvidos na não adesão. In Nobre F, Mion Júnior D. *Adesão ao tratamento: O grande desafio das doenças crônicas e da Hipertensão Arterial*. Editora Casa Leitura Médica, 2013. Páginas 35-43.
14. Dreisbach, Albert W; Sat Sharma y Claude Kortas (feb de 2010). «Hipertensión» (en inglés). *Nephrology: Hypertension and the Kidney*. [eMedicine.com](http://eMedicine.com). Consultado el 5 de julio de 2010.
15. GOULART. Flavio A. de Andrade. *Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para o os sistemas de saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas flavio1.pdf>.
16. Ulbrich, Elis Martins; Maftum, Mariluci Alves; Labronici, Liliana Maria; Mantovani, Maria de Fátima. Atividades educativas para portadores de doença crônica: subsídios para a enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.* vol.33 no. 2; 33(2): 22-27. Porto Alegre. June 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000200005>

17. KOLB, Giuliane de Cássia et al. Caracterização da resposta hipotensora pós-exercício: Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, Santo André, v. 37, n. 1, p. 44-48, jan./abr.2012.

## ANEXOS

Anexo 1: Instrumento de coleta de dados e nível de informação dos pacientes em estudo.

### Questionário

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

• Sexo: ----- masculino----- feminino

• Ocupação/ Profissão:

• Escolaridade (assinale com x):

1. ----- analfabeto

2. ----- 1 a 4 anos de estudo

3. ----- 5 a 8 anos de estudo

4. ----- 8 a 12 anos de estudo

5. ----- mais de 12 anos

• Perfil Clínico:

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_

• Doenças associadas:

1. ----- AVC

2. ----- Diabetes Militou

3. ----- Doença renal crônica

4. ----- Cardiopatia

5. ----- Outras

• Antecedentes patológicos familiares

1. ----- AVC

2. ----- Diabetes Militou

3. ----- Doença renal crônica

4. ----- Cardiopatia

5. ----- Outras

- Fatores de risco associados:

1. ----- álcool
2. ----- Tabagismo
3. ----- Sedentarismo
4. ----- Dislipidemias
5. ----- Estresse
6. ----- Dieta rica em colesterol

Anexo 2: Foto do PSF # 5 Maria da Silva, Novo Gama, GO.



Anexo 3: Fotos das palestras educativas.



Anexo 4: Consultas de Hiperdia.



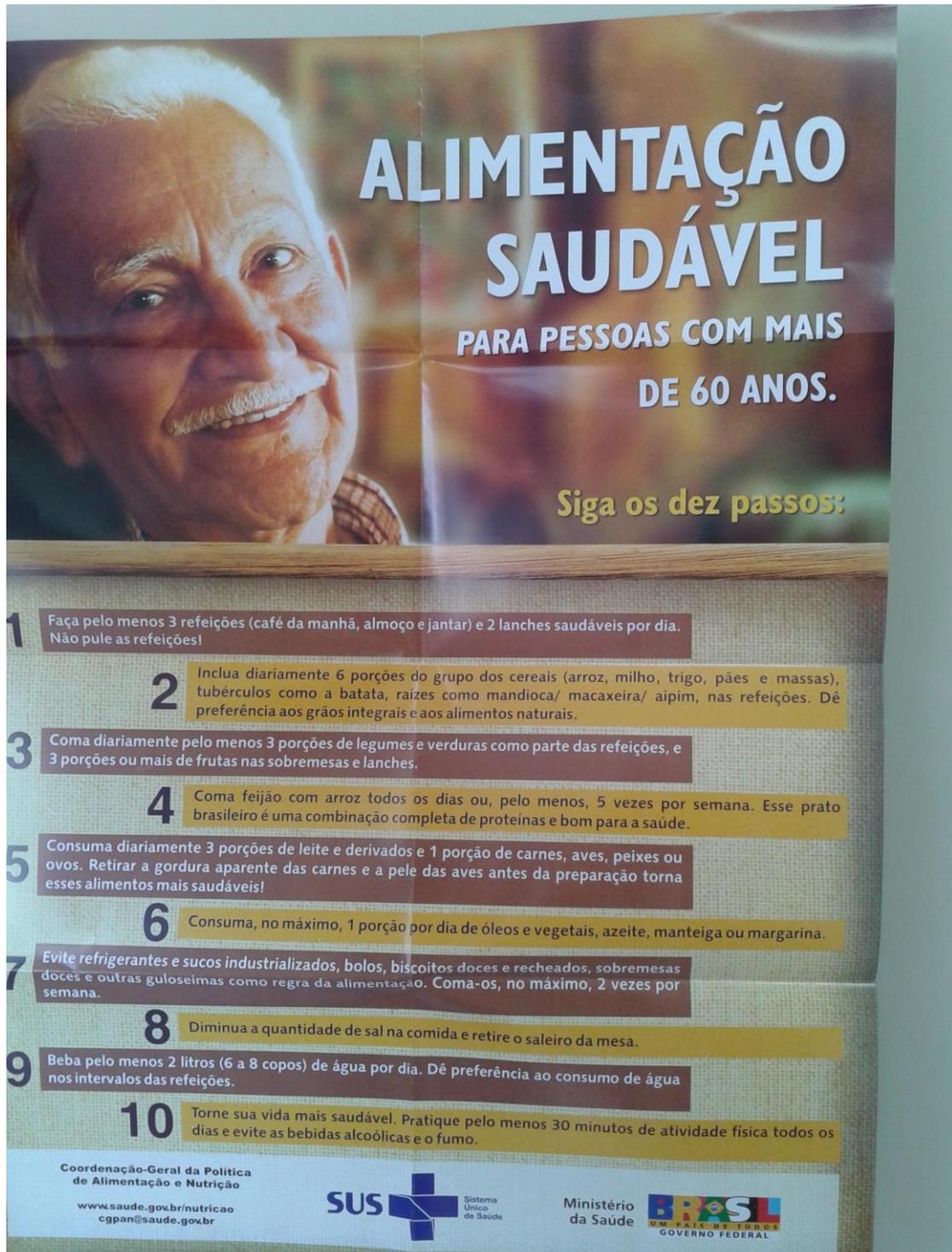
Anexo 5: Pôster com orientações sob HTA, distribuídos nas palestras educativas.

# Hipertensão

## Doença silenciosa, previna-se.



Anexo 6: Pôster com orientações sob alimentação saudável.



# ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

## PARA PESSOAS COM MAIS DE 60 ANOS.

**Siga os dez passos:**

- 1 Faça pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições!
- 2 Inclua diariamente 6 porções do grupo dos cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos como a batata, raízes como mandioca/ macaxeira/ aipim, nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos naturais.
- 3 Coma diariamente pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições, e 3 porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
- 4 Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, 5 vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.
- 5 Consuma diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis!
- 6 Consuma, no máximo, 1 porção por dia de óleos e vegetais, azeite, manteiga ou margarina.
- 7 Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação. Coma-os, no máximo, 2 vezes por semana.
- 8 Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa.
- 9 Beba pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
- 10 Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição  
[www.saude.gov.br/nutricao](http://www.saude.gov.br/nutricao)  
[cgpan@saude.gov.br](mailto:cgpan@saude.gov.br)

SUS Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

## Anexo 7: Folhetos com orientações sob alimentação saudável.



**ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

Ter uma vida saudável é mais do que ter um corpo saudável. O viver saudável inclui diversos aspectos relacionados ao modo como vivemos. Dependem da cultura, da crença e dos valores que compartilhamos com a comunidade em que fomos criados. Essa combinação de aspectos individuais e coletivos, associada a fatores como as reações emocionais, estresse, nervosismo, medo ou tranquilidade, alegria, entusiasmo, nos mostra o quanto é complexo pensar a saúde e falar de modo de viver saudável.

Uma alimentação saudável deve ser também baseada em práticas alimentares que assumam a significação social e cultural dos alimentos como fundamento básico. Os alimentos têm gosto, cor, forma, aroma e textura e todos estes componentes precisam ser considerados na abordagem nutricional. A alimentação saudável serve para garantir a saúde e o bem estar de qualquer pessoa. Existem alguns mitos relacionados à alimentação saudável. Algumas pessoas consideram que na alimentação saudável não há prazer, por ser sem sabor. No entanto, a alimentação saudável deve ser preparada com carinho, temperos saborosos, ter aparência agradável, porém, sem exageros no açúcar, sal, gordura e sem restrições absolutas a alimentos. Na verdade a **VARIEDADE** é a melhor escolha.

**10 PASSOS PARA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.**

1. Faça pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições;
2. Inclua diariamente 6 porções do grupo dos cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural;
3. Coma diariamente pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches;
4. Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, 5 vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde;
5. Consuma diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retire a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis;
6. Consuma, no máximo, 1 porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina;
7. Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas e outras guloseimas como regra da alimentação;
8. Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa;
9. Beba pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições;
10. Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite o fumo.

Mantenha o seu peso dentro dos limites saudáveis.

O IMC (Índice de Massa Corporal) é um cálculo que fazemos para saber se o peso de uma pessoa está adequado à sua altura. Isso é importante para a saúde, já que o excesso de peso ou o baixo peso aumentam o risco para algumas doenças. O IMC é calculado com a seguinte fórmula:

$$IMC = \frac{\text{Peso ATUAL}}{(\text{altura})^2}$$

Abaixo do Peso (IMC < 18,5) | Peso Normal (entre 18,5 e 25) | Acima do Peso (entre 25 e 30) | Obeso (acima de 30)