

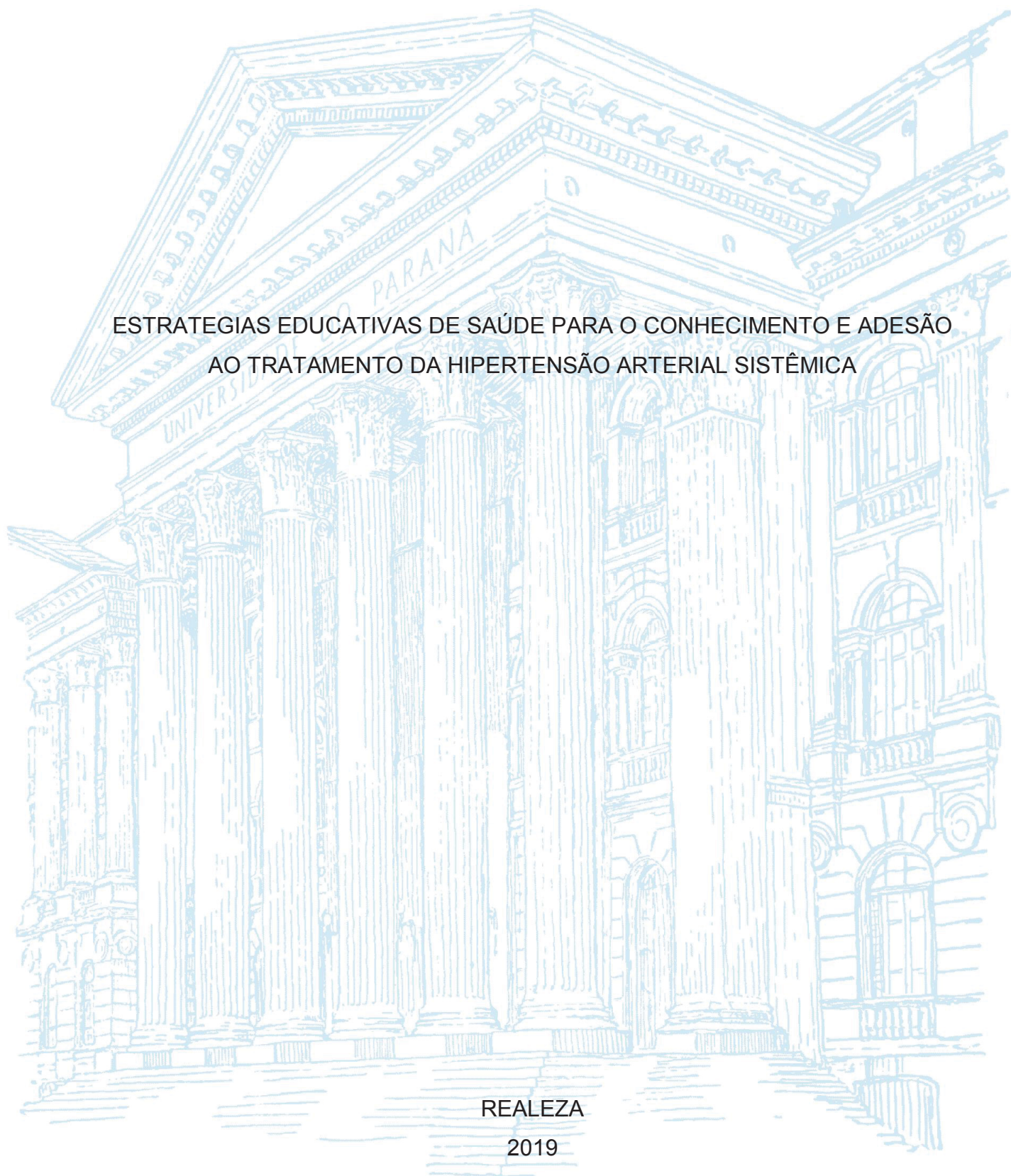
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

KARINA CAMARGO LIMA

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS DE SAÚDE PARA O CONHECIMENTO E ADEÇÃO
AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

REALEZA

2019



KARINA CAMARGO LIMA

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS DE SAÚDE PARA O CONHECIMENTO E ADESÃO
AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Prof^a MSc. Samantha Reikdal Oliniski

REALEZA

2019

A todos da equipe da unidade de saúde da família Jardim Primavera de Realeza/PR.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer, em primeiro lugar, a Deus, pela saúde que me permitiu a conclusão desse trabalho. À minha família, por sempre estar ao meu lado acreditando e me incentivando a alcançar os meus sonhos. À toda equipe da USF Jardim Primavera, pelo o respeito e carinho de todos, que sempre nos inspiram a fazer o melhor para a nossa comunidade. E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte desse trabalho, o meu muito obrigado.

RESUMO

Este projeto de intervenção trata de estratégias de saúde para o conhecimento da hipertensão arterial e suas complicações, e é resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde relevante e crescente, que acomete predominantemente pessoas entre 30 e 70 anos de idade, e pode acarretar complicações e agravos, como acidente vascular encefálico e doença coronariana, especialmente quando não há adesão ao tratamento. O objetivo desse trabalho foi orientar os hipertensos vinculados à USF Jardim Primavera, no município de Realeza-PR, sobre sua patologia, e com isso propiciar uma melhor adesão ao tratamento. A pesquisa-ação foi o método utilizado nesse plano de intervenção. Foram realizadas atividades de promoção em saúde junto à população, e também foi elaborado material didático, com palavras compreensíveis e desenhos, para facilitar o entendimento sobre a doença, tratamento e formas de prevenção das complicações. Os agentes comunitários de saúde (ACS) identificaram os hipertensos de suas respectivas áreas; enquanto que o médico e a enfermeira da equipe verificaram os casos em que a pressão arterial não estava controlada, por meio dos registros em prontuários. Uma reunião com toda equipe, ou seja, médica, psicóloga, nutricionista, enfermeira e ACS, foi feita para a elaboração desta proposta de intervenção, e mobilização dos pacientes hipertensos de estágios 1, 2, 3 da USF, que somam 225 pessoas. A ação foi realizada na USF da comunidade, no período da manhã, no dia 21/06/2019, com início às 08:00 horas e término às 11:30 horas. Participaram 52 hipertensos, sendo 28 estágio I, 19 estágio II, 5 estágio III. Os recursos educacionais desenvolvidos e utilizados foram palestras, vídeos, panfletos e roda de conversa. O principal resultado da ação foi propiciar o conhecimento aos hipertensos sobre a HAS e seus agravos, bem como estimular a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, especialmente para aqueles que antes eram relutantes em aderir ao tratamento. Espera-se conseguir reduzir os fatores de riscos e ainda estimular a modificação dos hábitos de vida, e dessa forma, contribuir para a melhoria das condições de saúde da população. A ação terá continuidade com o acompanhamento dos hipertensos através das consultas mensais, com a médica e enfermeira e pelas ACS nas visitas domiciliares, incentivando os hipertensos da comunidade a aderir ao tratamento e também a ter uma vida mais saudável. Recomenda-se para futuros trabalhos a realização de novas ações, que abranjam os demais hipertensos da comunidade, e também ações específicas de acordo com a estratificação da hipertensão (estágio I, II, III), visando um alcance maior desta população.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica; Estratégia Saúde da Família; Promoção da saúde.

ABSTRACT

This intervention project deals with health strategies for the knowledge of arterial hypertension and its complications, and is the result of the Specialization Course in Primary Care of UFPR, funded by UNA-SUS. Systemic arterial hypertension (SAH) is a relevant and growing health problem that affects predominantly people between 30 and 70 years of age, and can cause complications and aggravation, such as stroke and coronary disease, especially when there is no adherence to treatment. The objective of this study was to guide hypertensive patients linked to the Spring Garden in the city of Realeza-PR, about their pathology, and thus provide a better adherence to the treatment. The action research was the method used in this intervention plan. Health promotion activities were carried out among the population, and didactic material was elaborated, with comprehensible words and drawings, to facilitate the understanding on the disease, treatment and forms of prevention of complications. The community health agents (CHAs) identified the hypertensive in their respective areas; while the physician and the team nurse verified the cases where blood pressure was not controlled, through records in medical records. A meeting with the entire team, i.e., doctor, psychologist, nutritionist, nurse and CHA, was made for the elaboration of this intervention proposal and mobilization of hypertensive patients from stages 1, 2, 3 of the FHU, which total 225 people. The action was held at the community USF, in the morning, on day 21/06/2019, starting at 08:00 hours and ending at 11:30 hours. They participated 52 hypertensive, being 28 stage I, 19 stage II, 5 stage III. The educational resources developed and used were lectures, videos, pamphlets and conversation wheel. The main result of the action was to provide the knowledge to hypertensives about the SAH and its ailments, as well as to stimulate adherence to the treatment medicated and non-medical, especially for those who were previously reluctant to adhere to treatment. It is hoped to reduce the risk factors and even stimulate the modification of the habits of life, and thus contribute to the improvement of the population's health conditions. The action will continue with the follow-up of hypertensive through monthly consultations, with the doctor and nurse and by the CHAs in home visits, encouraging hypertensive people in the community to adhere to treatment and also to have a healthier life. It is recommended for future work to carry out new actions, covering the other hypertensive in the community, and also specific actions according to the stratification of hypertension (stage I, II, III) with a view to achieving greater reach of this population.

Key-words: Systemic Arterial Hypertension; Family Health Strategy; Health Promotion.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL PARA ADULTOS MAIORES DE 18 ANOS.....	31
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – DETALHAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	27
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária a Saúde

AVE - Acidente Vascular Encefálico

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

DAP - Doença Arterial Periférica

DCV - Doença Cardiovascular

DM - Diabetes Mellitus

DRC - Doença Renal Crônica

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IC - Insuficiência Cardíaca

LOA - Lesões de Órgão-alvo

PA - Pressão Arterial

POF - Pesquisa de Orçamento Familiares

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFPR - Universidade Federal do Paraná

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 JUSTIFICATIVA	20
1.2 OBJETIVOS	21
Objetivo geral	21
Objetivos específicos.....	21
2 MÉTODO	22
2.1 FASES DA PESQUISA – AÇÃO	22
2.1.1 Investigativa	22
2.1.2 Tema	22
2.1.3 Teoria	23
2.1.4 Elaboração do projeto comunitário	23
2.1.5 Programação-ação	23
2.1.6 Avaliação da ação	23
3 REVISÃO DE LITERATURA	27
3.1 FATORES DE RISCO PARA HAS	27
3.1.1 Idade	27
3.1.2 Sexo e etnia	28
3.1.3 Excesso de peso e obesidade.....	28
3.1.4 Ingestão de sal	28
3.1.5 Ingestão de álcool	28
3.1.6 Sedentarismo	29
3.1.7 Fator socioeconômico	29
3.2 CLASSIFICAÇÃO DA HAS	29
3.3 TRATAMENTO DA HAS	30
4 RESULTADOS	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE 1	38

1 INTRODUÇÃO

O bairro Cohapar fica localizado no município de Realeza, no estado do Paraná. É uma comunidade pequena formada por 1.970 habitantes, em sua maioria adultos e idosos. Percebe-se que a população idosa é analfabeta, não sabe ler nem escrever. Grande parte das casas é popular, doada pelo governo, possui saneamento e serviços básico (água e luz). Há uma unidade de saúde que atende toda comunidade. O bairro conta também com uma escola de ensino médio, e uma praça com equipamentos para a prática de exercícios físicos. A comunidade é formada por pessoas de classe média baixa, aposentados e famílias que vivem do programa bolsa família e assalariados. A principal atividade produtiva local é a agricultura, que representa a fonte de renda das famílias.

A procura pelo serviço de saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Primavera acontece geralmente quando a pessoa apresenta algum problema de saúde ou para exames de rotina. As consultas são agendadas por ordem de chegada, e somam aproximadamente 32 consultas diárias. Quando é agendado retorno de um paciente, para uma reavaliação, todos costumam comparecer.

Dentre as queixas mais comuns da população estão: cefaleia, dor lombar crônica, dermatite de contato, furúnculos, otalgia, infecções do trato urinário, resfriado comum, bronquite, dores abdominais, infecções do trato urinário, vômitos, febre, sobrepeso, obesidade, diarreias, e verrugas genitais. Busca-se realizar um atendimento de qualidade, para a partir de um diagnóstico preciso, iniciar logo o tratamento.

Em relação às doenças crônicas mais prevalentes na UBS estão a obesidade, diabetes e hipertensão. Todas elas estão associadas a ocorrências de outros agravos. A obesidade pode levar a uma hiperglicemia, hipertensão arterial, diabetes e infartos. Já a diabetes está associada a cetoacidose, aterosclerose, amputação de membros, retinopatia e nefropatia. E a hipertensão arterial contribui para aceleração da aterosclerose, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e diminuição da função renal.

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus* compõem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde e são os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, dos quais cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede de atenção básica (MOTTA et al, 2014).

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde, contabilizou que 56,9% da população brasileira estava com excesso de peso, e a obesidade atingia quase 30 milhões de adultos. A proporção de beneficiários de planos de saúde com excesso de peso vem aumentando desde 2008, tendo passado de 46,5% em 2008 para 52,3% em 2015. O mesmo ocorre em relação a proporção de obesos, com aumento de 12,5% para 17% no mesmo período. A frequência de excesso de peso foi de 52,3%, sendo maior entre os homens (60,4%) do que entre as mulheres (45,9%). Com relação à obesidade, a frequência de adultos obesos foi de 17%, sendo maior em homens (18%) do que em mulheres (16,2%) (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2017).

As mudanças sociais, econômicas e demográficas através da transição epidemiológica no Brasil contribuíram para o avanço considerável da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, na qual a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) estão entre as mais frequentes. O enfrentamento destas doenças configura-se em um desafio para a saúde pública, considerando que ambas têm um alto impacto na vida das pessoas afetadas, causando morte prematura e gerando grandes efeitos econômicos prejudicando as famílias, comunidades e sociedade em geral (MOTTA et al, 2014).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) está associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e estruturais de órgãos-alvo, tendo associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA , 2016).

Dentre vários problemas identificados pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Unidade de Saúde Jardim Primavera, quando da realização do diagnóstico situacional, a alta da incidência de pacientes com hipertensão arterial foi considerada a mais importante, devido as suas complicações. Esse trabalho teve como objetivo colaborar na manutenção adequada dos níveis pressóricos da hipertensão arterial sistêmica em jovens, adultos e idosos vinculados à USF Jardim Primavera, no município de Realeza.

O diagnóstico situacional foi realizado a partir da observação cotidiana, que evidenciou durante a triagem realizada pela equipe de enfermagem, e também nas visitas as agentes comunitárias de saúde, uma quantidade expressiva de pessoas com níveis pressóricos elevados. Segundo os dados levantados pela a equipe da USF, a comunidade possui 225 hipertensos cadastrados, dos quais 110 são hipertensos estagio I, 104 são hipertensos estagio II, e 6 são hipertensos estagio III. Além disso, grande parte desses pacientes são relutantes em seguir o tratamento indicado, seja ele farmacológico ou não.

A demanda de pacientes hipertensos na USF é grande, totalizando sete pacientes diários, nas consultas e retornos agendados. Nesses pacientes podem-se observar problemas que desencadeiam a hipertensão arterial como: alcoolismo, tabagismo, estresse no trabalho e má alimentação. Entretanto, um dos fatores preocupantes para a equipe é a desinformação da comunidade sobre a hipertensão arterial sistêmica, e complicações que ela causa sem os devidos cuidados. Muitas pessoas da comunidade não sabem ler nem escrever, outros por falta de acesso à informação não procuram a unidade básica de saúde, onde poderiam se informar e tirar suas dúvidas sobre HAS com profissionais qualificados.

Acredita-se que mediante a compreensão sobre a importância dos hábitos de vida e adesão ao tratamento, seja possível manter a hipertensão e o diabetes sob controle. Assim sendo, desde o Relatório Lalonde e a Conferência de Alma-Ata vêm orientando as instituições e os governantes sobre a importância do modelo de promoção da saúde (PS), visando a capacitação da comunidade, para a melhoria de sua qualidade de vida e saúde, especialmente por meio da educação em saúde (MOTTA et al, 2014).

O sucesso do tratamento da HAS e de suas complicações está relacionado às mudanças de estilo de vida, independente do tratamento medicamentoso, com destaque a diminuição dos fatores de risco modificáveis: excesso de peso, alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de álcool. Estudos mostram que esses fatores de risco estão fortemente presentes na população brasileira. Documentos de órgãos internacionais, entre eles da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Associação Americana de Cardiologia, divulgaram ações para reduzir os principais fatores de risco para as DCV, dentre as quais se destaca as intervenções educativas (MACHADO et al, 2016).

De um modo geral, o tratamento de qualquer doença crônica não transmissível representa um grande desafio para pacientes e profissionais de saúde, sobretudo porque o desaparecimento de sintomas, logo no seu início, induz a pessoa adoecida a acreditar que a doença foi curada. Esta atitude é observada em portadores de hipertensão arterial, os quais suspendem o tratamento diante do desaparecimento dos sintomas, o que traz sérias consequências. Isso pode ser apontado como um dos motivos a levar à necessidade de atendimento em serviços de urgência pela ocorrência do aumento da pressão arterial, podendo desencadear sequelas transitórias ou permanentes, ou mesmo causar a morte da pessoa acometida por tal agravo (CAVALCANTE GUEDES et al, 2011).

Como evidenciado, mudanças no estilo de vida das pessoas com hipertensão arterial se constituem na maior dificultador da adesão ao tratamento, por envolver alimentação, atividade física, abstenção de bebidas alcoólicas e fumo. Na alimentação do brasileiro em geral é comum o uso de sal em quantidade superior ao recomendado, assim como de gorduras. Barreiras quanto ao consumo de sal foram encontradas em estudos, nos quais 30,2% da amostra apontaram sua redução como fator que diminui o sabor dos alimentos. Para minorar este efeito, os autores sugerem o uso de limão, vinagre em vez do sal, mas, na prática, essa substituição não costuma ocorrer (CAVALCANTE GUEDES et al, 2011).

No tratamento de doenças crônicas, a família juntamente com o suporte social tem uma grande importância para a continuidade regular do tratamento, incentivando, acompanhando ao serviço de saúde, ajudando nas atividades físicas e na tomada de medicamentos (CAVALCANTE GUEDES et al, 2011).

O problema da baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial é uma preocupação mundial. Em países desenvolvidos, a população tem maior poder aquisitivo, no entanto, encontra-se a adesão em menos de 25% das pessoas com hipertensão arterial. Ao se projetar tal fato para países em desenvolvimento, nos quais a população possui baixo nível socioeconômico e dificuldades, tanto de acesso aos serviços de saúde como de obtenção dos medicamentos prescritos, a não adesão deve ser maior e as consequências serão muito mais graves (CAVALCANTE GUEDES et al, 2011).

Para que as ações educativas sejam eficazes, é necessário conhecer a atitude do indivíduo a respeito da doença da qual é portador. Na maioria das vezes, os costumes sobre as práticas de saúde, os valores e as percepções do paciente em

relação à doença e ao tratamento são diferentes daqueles pensados pelos profissionais da saúde, já que são dois grupos socioculturais, linguísticos e psicológicos distintos. Sendo necessário conhecer e considerar as práticas populares de saúde para uma maior efetividade do atendimento (PERES, MAGNA e VIANA, 2003).

Com base no diagnóstico situacional, e nos problemas prioritários, a equipe da UBS Jardim Primavera identificou que a desinformação na comunidade é muito grande no tocante a hipertensão arterial. Por mais que seja um problema muito recorrente, as pessoas sabem muito pouco sobre ela e seus agravos, focando nessa desinformação elaborou-se o tema da pesquisa que é: **“Estratégias educativas de saúde para o conhecimento e adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica”**.

1.1 JUSTIFICATIVA

Mundialmente, estima-se que, em 2010, 18% das mortes foram atribuídas ao aumento da pressão arterial. 4 em cada 10 adultos com mais de 25 anos de idade tem hipertensão, e em muitos países 1 em cada 5 pessoas tem pré-hipertensão. Metade das doenças relacionada à hipertensão ocorre em pessoas com níveis mais elevados de pressão arterial, mesmo dentro da faixa normal e a hipertensão impacta desproporcionalmente países de baixa e média renda (OPAS, 2016, não paginado).

No Brasil, a HAS atinge 32,5% de pessoas, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com diabetes mellitus, suas complicações têm alto impacto na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. Em 2013, ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de DCV, a principal causa de morte no país (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

A taxa de mortalidade por hipertensão no Paraná, no ano de 2016, foi 24,5/100.000 habitantes. A hipertensão arterial contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. No Paraná, as doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar nas causas de óbito. Em 2015 ocorreram 95.763 internações por doenças cardiovasculares, e o índice de mortalidade foi 182,4 /100.000 habitantes (PARANÁ, 2018).

Este trabalho se justifica pela alta incidência da hipertensão arterial na área de abrangência da USF Jardim Primavera. É um problema relevante e crescente, com predomínio entre as pessoas de 30 e 70 anos de idade, e também preocupante pelas complicações e agravos que acarretam, especialmente quando não há adesão ao tratamento. A princípio, os pacientes entendem a doença e suas complicações, aderem ainda que com alguma resistência ao uso de medicamentos. Contudo, quando os níveis pressóricos normalizam, após o tratamento farmacológico, alguns acreditam que estão “curados”, pois a pressão está em níveis ideais e desejáveis, e como se sentem bem, acabam por abandonar o tratamento e descontinuam o uso da medicação. Esse é um dos pontos mais críticos na abordagem desses pacientes, pois resistem à ideia que devem fazer uso das medicações de forma contínua, para que não haja agravamento do quadro e sequelas. O estudo é importante não só para os pacientes da área de abrangência da Unidade de Saúde em estudo, mas para toda a cidade, e também pra mim como profissional de saúde, uma vez que os agravos e sequelas são relevantes e impactam na saúde das pessoas, na sua qualidade de vida, e também nos recursos públicos utilizados para tratá-las.

1.2 OBJETIVOS

Objetivo geral

Orientar os hipertensos vinculados à USF Jardim Primavera, no município de Realeza-PR, sobre sua patologia, e com isso propiciar uma melhor adesão ao tratamento.

Objetivos específicos

- Realizar atividades de educação em saúde junto à população.
- Elaborar material didático, com palavras compreensíveis e desenhos, para facilitar a compreensão sobre a doença, tratamento e formas de prevenção das complicações.

2 MÉTODO

O método selecionado para realização deste trabalho foi a pesquisa-ação. Esta é um tipo de pesquisa social que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação da realidade a ser investigada estão envolvidos de modo cooperativo e participativo (THIOLLENT, 1985 citado por BALDISSERA, 2001).

Uma pesquisa pode ser qualificada como pesquisa-ação quando houver realmente uma ação por parte das pessoas envolvidas no processo investigativo, a partir de um projeto de ação social ou da solução de problemas coletivos e estar centrada no agir participativo e na ideologia de ação coletiva (BALDISSERA, 2001).

A pesquisa-ação é baseada em uma estrutura de relação entre os pesquisadores e pessoas envolvidas no estudo da realidade do tipo participativo/coletivo. A colaboração dos pesquisadores é explicitada dentro do processo do “conhecer” com os “cuidados” necessários para que haja reciprocidade/complementariedade por parte das pessoas e grupos implicados, que têm algo a “dizer e a fazer”. Não se trata de um simples levantamento de dados (BALDISSERA, 2001).

2.1 FASES DA PESQUISA – AÇÃO

2.1.1 Investigativa

O objetivo do momento investigativo é de produzir um conhecimento, para que os pesquisadores tenham compreensão da problemática dos grupos com os quais estão trabalhando e da percepção coletiva que tais grupos têm de sua própria problemática (BALDISSERA, 2001).

2.1.2 Tema

O tema representa a ação reflexiva na produção do conhecimento da realidade em confronto com o referencial teórico já elaborado e revelado, as

contradições existentes na busca de sua superação através de um programa ou proposta pedagógica (BALDISSERA, 2001).

2.1.3 Teoria

O objetivo desta fase é de buscar uma compreensão mais totalizadora dos processos reais da comunidade pesquisada. A teorização é voltada para a compreensão da dinâmica do social e para a descoberta das possibilidades de ação nessa dinâmica (BALDISSERA, 2001).

2.1.4 Elaboração do projeto comunitário

Essa fase de programação, entendida como processo educativo, durante o qual uma comunidade, formada por grupos, analisa os meios, a ação orientada por objetivos claros e conscientes, verifica os caminhos alternativos de que dispõe e, finalmente, escolhe as atividades educativas necessárias para que sua ação alcance seus objetivos (BALDISSERA, 2001).

2.1.5 Programação-ação

O objetivo desse momento é motivar os grupos e a população para ação, através de uma programação coerente e adequada com a realidade e de capacitação da equipe que participara da ação. A pesquisa deve continuar paralelamente da ação, porque a realidade está em constante mutação (BALDISSERA, 2001).

2.1.6 Avaliação da ação

Esta fase da Metodologia da Pesquisa-Ação representa a ação em sentido estrito e seu objetivo é pôr em execução, levar a término e avaliar sistematicamente o(s) projeto(s) de ação e os programas pedagógicos de apoio. Esta etapa será tanto mais fácil quanto mais rigor foi usado na elaboração das fases anteriores (BALDISSERA, 2001).

2.2 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Foi realizada uma reunião com toda equipe, ou seja, médica, psicóloga, nutricionista, enfermeira e ACS, para a elaboração desta proposta de intervenção. Foi discutido o tema da intervenção, tendo como campo o bairro Cohapar em Realeza no Paraná. Dentre os vários problemas identificados pela equipe, a alta da incidência de pacientes com hipertensão arterial foi considerada a mais importante, devido as suas complicações.

O projeto foi realizado de acordo com a realidade da comunidade, identificada pela observação e descrição dos dados pressóricos de pacientes hipertensos da USF Jardim Primavera. Há na área de abrangência 225 hipertensos, nos estágios 1, 2, 3.

Desta forma, a médica e enfermeira da unidade de saúde coletaram os dados pressóricos nos prontuários de pacientes hipertensos, enquanto que as ACS identificaram os hipertensos de suas respectivas áreas, por meio de visita domiciliar. A população selecionada compreende homens e mulheres acima de 30 anos de idade e idosos.

A utilização de ferramentas, elaboradas pela ACS, como copinhos de plástico ou caixinhas feitas de EVA (com representação do sol e lua em figuras) auxiliou na análise e identificação daqueles que estavam ou não fazendo uso adequado da medicação. A verificação frequente dos níveis de pressão arterial na USF ou nas visitas domiciliares foram úteis na análise tanto dos não-aderentes quanto da resposta clínica ao tratamento. Através dessas informações foi possível identificar as pessoas que poderiam participar da ação.

Com o levantamento dos dados pressóricos da comunidade, optou-se por trabalhar na redução da incidência dos agravos relacionados à hipertensão arterial, com palestras não apenas sobre a hipertensão arterial, mas também sobre assuntos correlacionados, como alimentação, a importância do abandono do tabagismo e alcoolismo.

Os pacientes hipertensos foram convidados através das consultas de retorno na USF e também nas visitas domiciliares pelas ACS para participar da ação, que foi realizada na própria USF. O local foi escolhido por ser conhecido por todos, e de fácil acesso. Os recursos utilizados foram: uma caixa de som, um microfone, um notebook, um projetor de imagem e carteiras para a acomodação dos hipertensos.

Durante as palestras foi planejada a distribuição de panfletos e exibição de vídeos. Os panfletos foram elaborados pela própria equipe, com informações sobre a hipertensão, seus fatores de riscos, classificação da hipertensão arterial e tratamento. Este material além de entregue aos participantes terá seu conteúdo explicado pela médica e enfermeira. Os vídeos foram exibidos juntamente com as palestras. A opção por apresentar vídeos deve-se a maioria dos hipertensos da USF serem analfabetos ou semianalfabetos. Os vídeos abordam a HAS e seus agravos, o alcoolismo e o tabagismo na HAS, e a importância de uma dieta alimentar saudável. Tudo em linguagem de fácil compreensão.

A intervenção foi prevista para o dia 21 de junho de 2019, no período da manhã, com início às 08:00 horas e término às 11:30 horas. Foram utilizados nesta ação palestras, vídeos, panfletos e roda de conversa. As palestras foram preparadas pela médica e enfermeira e abordaram a hipertensão arterial e seus fatores de risco, mudança de hábito no estilo de vida. Já a nutricionista abordou a importância de uma vida alimentar saudável. E a roda de conversa foi conduzida pela psicóloga e envolveu o alcoolismo e tabagismo, e como obter ajuda para o tratamento.

A ação terá continuidade com o acompanhamento dos hipertensos por meio de consultas mensais, com a médica e enfermeira; e também por visitas domiciliares pelas ACS, nas quais incentivarão os hipertensos da comunidade a aderir ao tratamento e também a ter uma vida mais saudável, e com isso diminuir os agravos gerados pela hipertensão arterial sistêmica.

No quadro a seguir é apresentado o planejamento da intervenção.

QUADRO 1 – Detalhamento do projeto de intervenção

Data/hora	Objetivo	Estratégia	Duração/participantes	Recursos utilizados
21/06 às 08h	Informar os hipertensos da UBS Jardim Primavera sobre os fatores de risco relacionado a HAS.	Palestra com a médica e enfermeira sobre os fatores de risco. Os profissionais passarão vídeos para apresentação dos principais fatores de risco, bem como comentarão sobre eles, depois mostrarão e explicarão panfletos sobre o tema, reforçando as informações. Os hipertensos poderão participar de todos os momentos, realizando perguntas e esclarecendo dúvidas.	1:30h Médica e enfermeira, estima-se a participação de 40 hipertensos	vídeo e panfletos
21/06 às 09:30h	Informar sobre reeducação alimentar para os hipertensos da UBS Jardim Primavera e como o excesso de peso está relacionada a HAS.	Palestra com nutricionista, sobre mudança de hábito no estilo de vida, a importância de ter uma vida alimentar saudável, também será exibido um vídeo de como o excesso de peso tem relação com a HAS. Os hipertensos poderão participar de todos os momentos, realizando perguntas e esclarecendo dúvidas.	1:30h Nutricionista Estima-se a participação de 40 hipertensos	Vídeo
21/06 às 10:30h	Roda de conversa sobre alcoolismo e tabagismo na HAS, e como obter ajuda para o tratamento.	Roda de conversa com a psicóloga, abordando o alcoolismo e tabagismo, dificuldades de abandonar o vício, encorajamento para mudança de hábitos de vida, bem como formas de auxílio oferecidos pelo serviço de saúde.	1:30 Psicóloga Estima-se a participação de 40 hipertensos	Vídeo

Fonte: Karina Camargo Lima, 2019.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos maiores ou iguais a 140mmHg para pressão sistólica e maior ou igual a 90 mmHg para pressão diastólica. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela 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 Diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (PARANÁ, 2018).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é, na maioria das vezes assintomática, dificultando o seu diagnóstico precoce e na baixa adesão por parte do paciente ao tratamento prescrito, já que muitos medicamentos apresentam efeitos colaterais. Por este motivo o controle da HAS é de difícil manejo. É evidente a eficácia de estratégias aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade visando mudanças de estilo de vida. Os profissionais de saúde da Atenção Primária têm papel fundamental nas ações individuais e coletivas de controle da HAS, como identificação do grupo de risco, diagnóstico precoce, conduta terapêutica e educação em saúde (PARANÁ, 2018).

3.1 FATORES DE RISCO PARA HAS

3.1.1 Idade

Há uma associação direta entre envelhecimento e prevalência de HAS, relacionada ao: aumento da expectativa de vida da população brasileira, atualmente 74,9 anos; aumento na população de idosos ≥ 60 anos na última década (2000 a 2010), de 6,7% para 10,8%. Dezenove meta-análises de estudos realizados no Brasil, incluindo 13.978 indivíduos idosos, mostrou 68% de prevalência de HAS (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

3.1.2 Sexo e etnia

A prevalência de HAS é estatisticamente diferente entre os sexos, sendo maior entre mulheres (24,2%) e na população de raça negra/cor preta. O estudo Corações do Brasil observou a seguinte distribuição: 11,1% na população indígena; 10% na amarela; 26,3% na parda/mulata; 29,4% na branca e 34,8% na negra. O estudo ELSA-Brasil mostrou prevalências de 30,3% em brancos, 38,2% em pardos e 49,3% em negros (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

3.1.3 Excesso de peso e obesidade

Dados do VIGITEL de 2014 indicam que no Brasil, entre 2006 e 2014, teve aumento na prevalência de excesso de peso (IMC \geq 25 kg/m²), 52,5% vs 43%. No mesmo período, a obesidade (IMC \geq 30 kg/m²) aumentou de 11,9% para 17,9%, com predomínio em pessoas de 35 a 64 anos; e mulheres (18,2% vs 17,9). A obesidade desencadeia o aumento do fluxo sanguíneo regional, débito cardíaco, pressão arterial e elevação na resistência vascular periférica (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

3.1.4 Ingestão de sal

No Brasil, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), obtidos em 55.970 domicílios, demonstraram disponibilidade domiciliar de 4,7 g de sódio/pessoa/dia (ajustado para consumo de 2.000 Kcal), ultrapassando mais de duas vezes o consumo máximo recomendado (2 g/dia). Este consumo é menor na área urbana da região Sudeste, e maior nos domicílios rurais da região Norte. O sal em excesso, pode ser uma das causas do aumento da pressão arterial, o sódio faz o corpo reter mais líquido e aumenta o volume de fluidos nos vasos sanguíneos elevando a pressão arterial (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

3.1.5 Ingestão de álcool

O consumo excessivo de álcool eleva a PA de forma linear, associando-se com aumento na incidência de HAS. Estima-se que um aumento de 10 g/dia na

ingestão de álcool eleve a PA em 1 mmHg, sendo que a diminuição nesse consumo reduz a PA. Recomenda-se o abandono do consumo de álcool (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

3.1.6 Sedentarismo

O sedentarismo é um dos fatores de risco para a hipertensão. Um estilo de vida sedentário provoca alterações vasculares, cardíacas e metabólicas que aumentam o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Pessoas sedentárias têm, em geral, um perfil pior de colesterol, níveis aumentados de resistência à ação da insulina e maior chance de desenvolver diabetes e obesidade. (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

3.1.7 Fator socioeconômico

Pessoas com menor nível de escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto) representam a maior prevalência de HAS (31,1%). A proporção diminui naqueles que completam o ensino fundamental (16,7%), e nas pessoas com superior completo (18,2%). No entanto, dados do estudo ELSA Brasil, realizado com funcionários de seis universidades e hospitais universitários do Brasil com maior nível de escolaridade, tiveram uma prevalência de HAS de 35,8%, sendo maior entre homens (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

3.2 CLASSIFICAÇÃO DA HAS

A avaliação inicial de um hipertenso inclui a confirmação do diagnóstico, a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco cardiovascular. As lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas também devem ser investigadas. Faz parte dessa avaliação a medição da PA no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados, história médica (pessoal e familiar), exame físico e investigação clínica e laboratorial (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, sendo aferida em pelo menos três dias diferentes com intervalo

mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três. A comprovação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo sendo em mais de uma medida, não será suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão. Cabe salientar a importância de se fazer o diagnóstico correto da HAS, por se trata de uma condição crônica que acompanhará o indivíduo por toda a vida. Deve-se evitar verificar a PA em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições (BRASIL, 2013).

Os limites de PA considerados normais são arbitrários. Entretanto, valores que classificam o comportamento da PA em adultos por meio de medidas casuais ou de consultório estão expressos na figura 1.

FIGURA 1: CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL PARA ADULTOS MAIORES DE 18 ANOS

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	
	Sistólica	Diastólica
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão (Limitrofe)	121-139	81-89
Hipertensão, estágio I (Leve)	140-159	90-99
Hipertensão, estágio II (Moderada)	160-179	100-109
Hipertensão, estágio III (Grave)	≥ 180	≥ 110

FONTE: Arquivos Brasileiros de Cardiologia (2016).

3.3 TRATAMENTO DA HAS

Os cuidados com a pessoa hipertensa devem ser multiprofissionais, o objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade a redução dos riscos de doenças cardiovasculares, diminuição da morbimortalidade e melhora na qualidade de vida dos hipertensos. Um dos desafios para as equipes da Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL, 2013).

O tratamento não medicamentoso da HAS envolve controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, alcoolismo, controle de estresse, entre outros. A realização de dietas radicais resulta no abandono do tratamento, o foco em apenas um único nutriente ou alimento tem perdido espaço para a análise do padrão alimentar total, que permite avaliar o sinergismo entre os nutrientes/alimentos (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

A dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) destaca o consumo de frutas, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura; inclui a ingestão de cereais integrais, frango, peixe e frutas oleaginosas. Recomenda ainda a redução da ingestão de carne vermelha, doces e bebidas com açúcar. Ela é rica em potássio, cálcio, magnésio e fibras, e contém quantidades reduzidas de colesterol, gordura total e saturada. A adoção desse padrão alimentar reduz a HAS (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

A prática de atividade física pode ser benéfica tanto na prevenção quanto no tratamento da HAS, reduzindo a morbimortalidade cardiovascular. Pessoas ativas apresentam 30% menor de risco de desenvolver HAS que os sedentários, o aumento da atividade física diária reduz a PA. A prática de atividade física tem que ser incentivada em toda a população, não havendo necessidade de exames prévios. A pessoa deve ser orientada a procurar um médico se sentir algum desconforto durante a execução (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

No tratamento medicamentoso são utilizadas diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos (BRASIL, 2013).

A adesão ao tratamento pode ser definida como um envolvimento amplo do paciente, de natureza ativa, voluntária e colaborativa gerando comportamentos que irão influenciar nos resultados terapêuticos e no controle da doença. O avanço nas pesquisas farmacêuticas disponibilizou medicamentos de alta eficácia e segurança, para o controle da hipertensão arterial e redução de suas complicações, mas exige adesão à terapêutica. Pessoas com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos no estágio 1, 2 ou 3, em que a PA fica acima de 160/100mmHg, beneficiam-se de

tratamento medicamentoso desde o diagnóstico para atingir a meta pressórica, além da mudança de estilo de vida (BRASIL, 2013).

Qualquer medicamento dos grupos de anti-hipertensivos disponíveis, desde que resguardadas as indicações e contraindicações específicas, pode ser utilizado para o tratamento da hipertensão arterial. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina, antagonistas de receptores de angiotensina II e com bloqueadores de canais de cálcio, embora a maioria dos estudos utilizem, no final, associação de anti-hipertensivos. Este benefício é observado com a redução da hipertensão arterial por si mesma, e, com base nos estudos disponíveis até o momento, parece independender da classe de medicamentos utilizados (BRASIL, 2013).

O Programa HIPERDIA, criado em março de 2002 pelo Ministério da Saúde, trata-se de um plano de atenção à HAS e Diabetes Mellitus, estabelecendo diretrizes de para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, mediante a reorganização do trabalho. Nas unidades realizam-se reuniões com as equipes de saúde, voltadas para hipertensos e diabéticos, em que os pacientes recebem orientação sobre suas doenças, compartilham suas dificuldades e recebem os medicamentos necessários ao tratamento, mensalmente. A principal meta das ações da equipe de saúde ao hipertenso é a adesão do indivíduo ao tratamento (BRASIL, 2002 citado por PEREIRA, 2015).

A Educação em Saúde é imprescindível para haver o controle da pressão arterial. O paciente deverá ser instruído sobre o seu tratamento, desde os medicamentos até os principais efeitos colaterais, para maior confiabilidade no tratamento. Os grupos educativos da USF junto à comunidade contribuem para a evolução deste processo. A importância dos grupos educativos na mudança de estilo de vida e incentivo à adesão ao tratamento da HAS facilita o acesso e o entendimento das informações que contribuem para a prevenção e promoção da saúde (OLIVEIRA, 2011 citado por PEREIRA, 2015).

A qualidade do atendimento da equipe de saúde e a satisfação do hipertenso com o atendimento são pontos fundamentais para adesão ao tratamento. No acolhimento, pelos membros da equipe de saúde, é necessário levar em consideração os sentimentos de estímulo, esperança, compreensão e respeito às

inquietações, aos sintomas e limitações do paciente em seu processo de adaptação à doença (ARAÚJO e GARCIA, 2006 citado por PEREIRA, 2015).

4 RESULTADOS

O controle da HAS constitui uma das áreas estratégicas da Atenção Primária à Saúde (APS). As estratégias educativas constituem um importante instrumento para estimular mudanças no estilo de vida e reduzir os fatores de risco cardiovascular. Estudos têm analisado a importância, a efetividade e as limitações dessas estratégias no tratamento da HAS. Como resultados têm sido observados a redução da pressão arterial, a diminuição do peso corporal e da circunferência da cintura, melhora do perfil lipídico e da glicose sanguínea, mudanças favoráveis no consumo alimentar habitual e aumento do conhecimento sobre o processo saúde-doença-cuidado (MACHADO et al, 2016, p. 612).

A intervenção na comunidade Cohapar aconteceu conforme previsto, no dia 21 de junho de 2019, com início às 8 horas e término às 11:30 horas. Cada ação teve duração de uma hora e trinta minutos. O local aonde ela aconteceu foi na USF Jardim Primavera, na qual foi organizada uma estrutura com caixa de som, microfone, notebook, projetor de imagem e carteiras para a acomodação dos hipertensos.

No dia, a equipe estava formada por uma médica, uma enfermeira, uma nutricionista e uma psicóloga. A intervenção foi realizada conforme o cronograma previsto, ou seja, às 8 horas foi realizada a abertura e palestra com a médica e enfermeira, sobre os fatores de risco da hipertensão arterial e suas complicações. Nesta foi apresentado um vídeo sobre “Saiba mais sobre hipertensão”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) e também foram distribuídos panfletos elaborados pela própria equipe de saúde, com explicações sobre as causas da HAS, os fatores de risco e como é feito o tratamento da HAS.

Na sequência às 9:30 horas foi proferida uma palestra pela nutricionista sobre reeducação alimentar, a importância na mudança de hábitos no estilo de vida. Nesta também foi apresentado um vídeo sobre alimentação, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) como o excesso de peso está relacionado com a HAS.

E por fim, as 10:30 foi realizada uma roda de conversa pela psicóloga. Nesta foi apresentado o vídeo “Alcoolismo: quando o prazer torna-se drama”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), que tratava do alcoolismo e o tabagismo e como eles estão relacionados com a HAS. Após o vídeo, durante a roda de conversa os hipertensos compartilharam suas experiências de vida sobre o tema, a luta que eles

enfrentam para deixar o vício. A psicóloga orientou que os interessados podem obter ajuda através do CAPS, com tratamento e acompanhamento especializado.

A ação teve a participação de 52 hipertensos, sendo 28 de estagio I, 19 estagio II e 5 estagio III. Todos que participaram demonstraram interesse pelo tema, compreenderam que a hipertensão arterial não só eleva os níveis pressóricos, mas também desencadeia várias outras doenças, como acidente vascular encefálico, doença renal crônica e infarto.

Percebeu-se que os participantes estavam receptivos e muitos estimulados a fazer mudanças em seu estilo de vida, como por meio da reeducação alimentar, e também pela a prática de atividades físicas, e no uso adequado dos medicamentos prescritos.

A equipe de saúde envolvida se esforçou ao máximo para mobilizar a comunidade nesse momento, e ficou satisfeita com a estratégia adotada, de palestras rápidas e objetivas abordando a hipertensão e seus agravos, com uso de material didático de linguagem simples e de fácil compreensão. O objetivo da proposta de intervenção foi alcançado, que era orientar os hipertensos sobre a patologia, e com isso contribuir para sua adesão ao tratamento e redução dos agravos e sequelas, como as complicações cardiovasculares, relacionadas à hipertensão arterial.

A ação terá continuidade com o acompanhamento dos hipertensos por meio de consultas mensais, com a médica e enfermeira, e também por visitas domiciliares pelas ACS, nas quais incentivarão os hipertensos da comunidade a aderir ao tratamento e também a ter uma vida mais saudável, e com isso diminuir os agravos gerados pela hipertensão arterial sistêmica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste trabalho verificou-se que foi iniciado o processo que visa a manutenção adequada dos níveis pressóricos dos hipertensos vinculados à USF Jardim Primavera, no município de Realeza-PR. Os participantes da ação ficaram estimulados para isso, desta forma há um ambiente favorável para sua adesão ao tratamento e redução dos agravos e sequelas, como as complicações cardiovasculares, relacionadas à hipertensão arterial.

O principal resultado obtido nessa intervenção foi o conhecimento dos participantes sobre a hipertensão arterial sistêmica, suas complicações, e tratamento. A interação permitiu o esclarecimento de dúvidas, de forma clara e simples.

A limitação enfrentada foi a de deslocamento dos pacientes hipertensos idosos, muitos deles não conseguiram se deslocar até a USF para a ação, pois suas residências ficam distante da USF. Como não foi ofertado transporte, não puderam participar. Diante dessa situação frisamos a importância da continuidade da ação através das visitas domiciliares.

A potencialidade dessa intervenção é muito grande, já que a comunidade demonstrou aderência à proposta. Contudo, sabe-se da necessidade da continuidade das ações para que de fato seja possível a manutenção dos níveis pressóricos. Por este motivo, o projeto prevê o acompanhamento mensal dos participantes em consultas médicas e de enfermagem.

5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Recomenda-se para intervenções futuras nesta USF um plano de ação para auxiliar os pacientes idosos a se locomover até o local da ação, de modo a propiciar a sua participação. Além disso, é necessária uma avaliação em médio prazo da intervenção, para analisar o alcance do objetivo principal e a necessidade de realização de outras coletivas juntos à comunidade.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, p. 07-44, 2017. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/Manual de Diretrizes para o Enfrentamento da Obesidade na Sa%C3%BAde Suplementar Brasileira.pdf](http://www.ans.gov.br/images/Manual_de_Diretrizes_para_o_Enfrentamento_da_Obesidade_na_Sa%C3%BAde_Suplementar_Brasileira.pdf)>. Acesso em: 06 mai. 2019.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial**. Rio de Janeiro: Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 107, n. 3, suplemento 3, 2016. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05 HIPERTENSAO ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)>. Acesso em: 17 abr. 2019.

BALDISSERA. A. Pesquisa-ação: uma metodologia do “conhecer” e do “agir” coletivo. **Sociedade em Debate**. Pelotas, v. 7, n. 2, p. 5-25, ago. 2001. Disponível em: <<http://www.rsd.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/570/510>>. Acesso em: 19 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 162 P. (Cadernos de Atenção Básica nº 35). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vídeo. **Alcoolismo**: quando o prazer torna-se drama. Publicado em 24 fev. 2017. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Vd0bC7p4qwo&feature=youtu.be>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vídeo. **Alimentação**. Publicado em 28 jun. 2017. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=lbLVhHF9RZQ&feature=youtu.be>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vídeo. **Saiba mais sobre hipertensão**. Publicado em 03 jun. 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=dbmOXnYIJdc>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

CAVALCANTE GUEDES, M. V. et al. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. Brasília. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 64, n. 6, p. 1038-1042, nov.-dez 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2670/267022538008.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2019.

MACHADO, J. C. et al. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 611-620, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0611.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2019.

MOTTA, M. D. C. et al. Educação em Saúde junto a idosos com hipertensão e diabetes. **Revista Uningá Review**. Maringá, v. 18, n. 2, p. 48-53, abr.-jun. 2014. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1502>>. Acesso em: 21 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Dia Mundial da Hipertensão 2016**. Disponível em: <https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=330:dia-mundial-da-hipertensao-2016&Itemid=183&lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia Hipertensão Arterial**. 2. ed. Curitiba: SESA, 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HIPER_R_4_web.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2019.

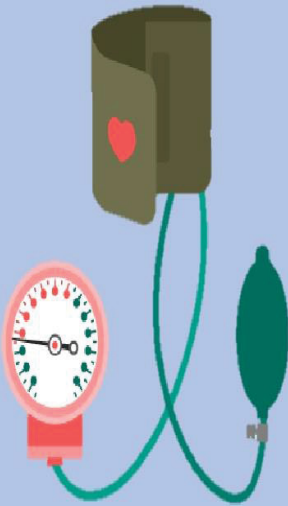
PEREIRA, Ivana Maria Onofri. Proposta de intervenção interdisciplinar para a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Liph Science**, v. 2, n. 2, p. 21-40, abr-jun 2015. Disponível em: <<http://crfmq.org.br/comunicacao/proposta%20de%20intervencao.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2019.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M. V.; L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública**. Ribeirão Preto, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2019.

APÊNDICE 1- HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, QUEM SE CUIDA VIVE MAIS.

21/Jun/2019

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA



Quem se cuida, vive mais.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

QUEM SE CUIDA, VIVE MAIS.



Estratégias de saúde para o conhecimento da hipertensão arterial e suas complicações.



CAMARGO, L. K; OLINISKI, S. R. **Estratégias educativas de saúde para o conhecimento e adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica.** Especialização (Atenção Básica) - UNA-SUS, Universidade Federal do Paraná, Realeza, 2019.

O que é hipertensão arterial sistêmica?

É uma doença crônica em que a pressão sanguínea nas artérias se encontra constantemente elevada ≥ 140 e/ou 90 mmHg. A doença geralmente não causa sintomas.

Sintomas da hipertensão arterial sistêmica.

A maioria das pessoas que tem pressão alta não sente nenhum tipo de sintoma. Às vezes, pode ocorrer dor de cabeça, tontura, mal-estar. Quando a pessoa começa a sentir sintomas, principalmente inchaço, dores nas pernas, problemas urinários, significa que a doença pode estar danificando seu organismo, afetando órgãos vitais.

Fatores que predisõem a hipertensão.



IDADE: Há uma associação direta entre envelhecimento e prevalência de HAS, aumentando à medida que envelhecemos.



OBESIDADE: O excesso de peso faz o coração trabalhar mais, o que causa o aumento da pressão.



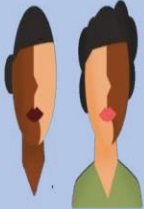
SAL: Consumir sal em excesso facilita o aumento da pressão arterial. Procure substituí-lo por temperos naturais que também dão sabor aos alimentos.



ÁLCOOL E CIGARRO: Além de dificultar o tratamento, o consumo de bebidas alcoólicas e cigarros tende a aumentar a pressão arterial.



SEDENTARISMO: A falta de atividade física contribui para o aumento da pressão arterial, pratique uma atividade física.



SEXO E ETNIA: A prevalência da hipertensão é maior entre as mulheres do que em homens, estudos mostram prevalências de 30,3% em brancos, 38,2% em pardos e 49,3% em negros.



HEREDITARIEDADE: Filhos e parentes de hipertensos têm mais chances de se tornarem hipertensos.

Tratamento da hipertensão arterial sistêmica

O tratamento pode ser medicamentoso ou não medicamentoso. É importante consultar um médico e não interromper o tratamento após a normalização da pressão arterial, uma vez que ela deve estar sempre sob controle.



Tratamento medicamentoso: O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos.



Tratamento não medicamentoso: O tratamento não medicamentoso da HAS envolve controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, alcoolismo, controle de estresse, entre outros.



Pressão arterial tem cura?

Geralmente a hipertensão não tem cura, mas pode ser controlada pela adoção de hábitos saudáveis de vida e/ou tratamento medicamentoso. As pessoas que seguem as recomendações dos profissionais da saúde e o tratamento recomendado podem ter uma vida normal.