







ARTIGO ORIGINAL

Estratégias para promoção da saúde e seus impactos na qualidade de vida de adultos hipertensos: revisão integrativa

Strategies for health promotion and their impact on the quality of life of hypertensive adults: integrative review

Fernanda Moura Borges¹ , Flávia Raymme Soares e Silva¹ ,
Malvina Tháís Pacheco Rodrigues¹ , Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas¹ ,
Ana Roberta Vilarouca da Silva¹ , Ana Larissa Gomes Machado² 

¹Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade, Universidade Federal do Piauí (UFPI) - Teresina (PI), Brasil.

²Departamento de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí (UFPI) - Picos (PI), Brasil.

Como citar: Borges FM, Silva FRS, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM, Silva ARV, Machado ALG. Estratégias para promoção da saúde e seus impactos na qualidade de vida de adultos hipertensos: revisão integrativa. Cad Saúde Colet, 2022;30(1)146-157. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230010110>

Resumo

Introdução: A promoção da saúde é uma prática que qualifica o cuidado e impacta positivamente a qualidade de vida, especialmente em indivíduos com hipertensão que requerem acompanhamento por toda a vida. **Objetivo:** O presente estudo objetivou investigar as estratégias desenvolvidas para a promoção da saúde e seus impactos na qualidade de vida de adultos hipertensos. **Método:** Foi realizada uma revisão integrativa por meio de consulta às bases de dados Lilacs, Medline, SciELO, Scopus e Web of Science. Foram incluídos artigos originais sobre práticas de promoção da saúde realizadas com adultos hipertensos, publicados nos últimos cinco anos, nos idiomas português, inglês ou espanhol e disponíveis na íntegra. Foram excluídas as pesquisas realizadas com grávidas, adolescentes e crianças hipertensas. **Resultados:** Foram incluídos 12 artigos na revisão. As principais estratégias consistiram em práticas grupais, que consideraram o usuário como protagonista do cuidado. As atividades desenvolvidas se mostraram eficazes, pois promoveram a redução de níveis pressóricos, a adesão ao tratamento, a mudança no estilo de vida, a melhor percepção da qualidade de vida e o empoderamento dos adultos hipertensos. **Conclusão:** As estratégias para a promoção da saúde são fundamentais para possibilitar aos adultos hipertensos a capacidade de analisar seu estado de saúde e tomar decisões para o planejamento e a manutenção do autocuidado.

Palavras-chave: promoção da saúde; hipertensão; qualidade de vida; literatura de revisão como assunto.

Abstract

Background: Health promotion is a practice that qualifies care and positively impacts the quality of life, especially in individuals with hypertension who need lifelong monitoring. **Objective:** This study aimed to investigate the strategies developed for health promotion and their impacts on the quality of life of hypertensive adults. **Method:** An integrative review was carried out by consulting Lilacs, Medline, SciELO, Scopus and Web of Science databases. Original articles on health promotion practices conducted with hypertensive adults, published in the last five years, in Portuguese, English or Spanish, and available in full, were included. Researches with hypertensive pregnant women, adolescents and children were excluded

Trabalho realizado na Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina (PI), Brasil.
Correspondência: Fernanda Moura Borges. E-mail: borges-fernanda1@hotmail.com
Fonte de financiamento: nenhuma.
Conflito de interesses: nada a declarar.
Recebido em: Mar. 26, 2019. Aprovado em: Set. 24, 2020



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Results: Twelve articles were included in the review. The main strategies consisted of group community interventions, which considered the user as protagonist of care. Activities developed proved to be effective, as they promoted the reduction of blood pressure levels, as well as adherence to treatment, change in lifestyle, better perception of quality of life and empowerment of hypertensive adults. **Conclusion:** Strategies for health promotion are essential to enable hypertensive adults to analyze their health status and make decisions for planning and maintaining self-care.

Keywords: health promotion; hypertension; quality of life; review literature as topic.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde busca melhorar e controlar a saúde, podendo ser definida como a procura contínua de meios para impedir, manobrar ou suplantiar, de modo conveniente, os processos de adoecimento. Apresenta-se como um dos aspectos inerentes ao processo de cuidar, devendo considerar as diferenças sociais, culturais e econômicas de cada localidade, além de identificar os fatores externos e aqueles relacionados às necessidades pessoais¹ que influenciam esse processo.

A transição epidemiológica que vem ocorrendo no Brasil, caracterizada pelo aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), interfere permanentemente na forma de vida dos indivíduos, o que requer estratégias de promoção da saúde eficazes². As DCNT começam paulatina e progressivamente, podendo ocasionar mudanças funcionais de relacionamento, autogestão e atividades cotidianas, além de incapacidades físicas, e se apresentam como uma das principais causas de morte no país, influenciando a percepção da qualidade de vida³.

Entre as DCNT, a hipertensão arterial (HA) é a principal enfermidade crônica no Brasil, acometendo 32,5% de indivíduos adultos e mais de 60% dos idosos, além de contribuir, direta ou indiretamente, para a metade do número de mortes por doença cardiovascular⁴. Para o controle da HA, é imprescindível haver estratégias educativas e o acompanhamento integral dos indivíduos portadores dessa doença. Nesse contexto, os profissionais de saúde precisam acompanhar a população sob cuidado e fornecer informações a fim de conseguir maior adesão, compreensão e participação dos usuários com os serviços auferidos e, ao mesmo tempo, promover saúde e integralidade na assistência⁵.

A educação em saúde se configura como estratégia fundamental para a promoção da saúde, sobretudo quando integra a equipe multidisciplinar, pois estimula o autocuidado e o empenho na adoção de medidas para o controle da doença e requer o emprego de empatia, comunicação e habilidade para trabalhar em grupo⁶.

Assim, as estratégias educativas devem envolver a capacidade e o desenvolvimento de habilidades para obter, analisar, compreender e articular, cotidianamente, as informações que promovem a saúde⁷, configurando-se como uma ferramenta crucial para atenuar desigualdades e proporcionar a melhoria da qualidade de vida e saúde.

Diante da elevada frequência de portadores de HA e da necessidade de atividades de promoção em saúde visando à adesão ao tratamento e à adoção de um estilo de vida saudável voltadas para esse público, este estudo teve como objetivo investigar as estratégias desenvolvidas para a promoção da saúde e seus impactos na qualidade de vida de adultos hipertensos.

MÉTODO

Foi realizada revisão integrativa da literatura, que permite a inclusão simultânea de variados tipos de estudo, pesquisa experimental e quase experimental, o que proporciona uma maior compreensão do tema de interesse, bem como a combinação de dados de literatura teórica e empírica, sem deixar de seguir padrões de rigor metodológico⁸.

Foram cumpridas, criteriosamente, as seguintes etapas^{9,10}: 1) identificação do tema e formulação da questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos ou busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos

selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados; e 6) síntese do conhecimento.

A construção da pergunta norteadora do estudo envolveu a estratégia para pesquisa não clínica PICO¹¹ (P: população - adultos hipertensos; I: interesse - práticas de promoção da saúde e impactos na qualidade de vida; Co: contexto - estudos realizados), utilizada para evitar viés de seleção e aferição. Assim, a pergunta foi: quais são as estratégias desenvolvidas para a promoção da saúde e seus impactos na qualidade de vida de adultos hipertensos?

Foi realizada busca nas bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilacs), Medline, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Scopus e Web of Science. Foram utilizados os descritores *health promotion* e *hipertension*, de acordo com a terminologia adotada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A estratégia de busca utilizada foi *health promotion AND hipertension* em todas as bases de dados consultadas para esta revisão.

Os critérios de inclusão foram artigos originais sobre práticas de promoção da saúde com adultos hipertensos, publicados nos últimos cinco anos, nos idiomas português, inglês ou espanhol e disponíveis na íntegra. Foram excluídas as pesquisas realizadas com mulheres grávidas, adolescentes e crianças hipertensas.

A pesquisa e a seleção dos estudos seguiram as diretrizes sugeridas pelo método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses)¹² e foram realizadas, inicialmente, em junho de 2018 e atualizadas em dezembro de 2019.

A seleção dos estudos ocorreu em quatro estágios: identificação dos estudos nas bases de dados; seleção com base na leitura de títulos dos artigos; seleção de artigos mediante as informações contidas nos resumos; e leitura na íntegra dos artigos selecionados na terceira etapa e seleção final (Figura 1).

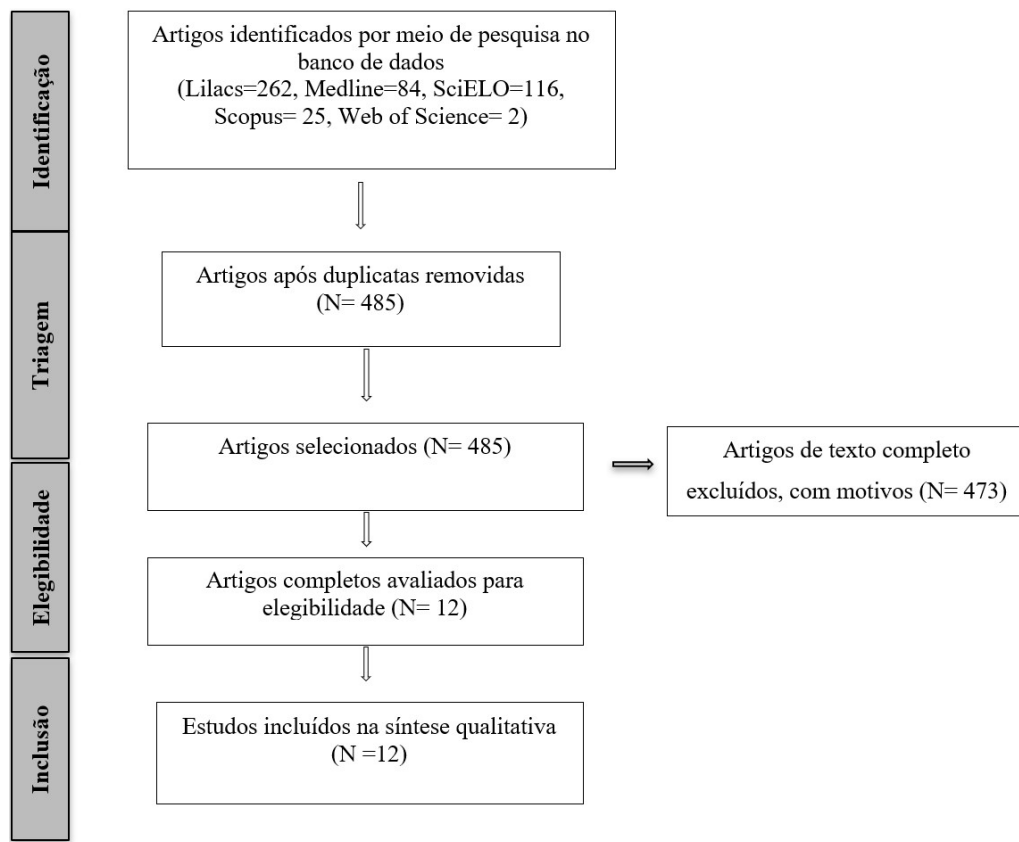


Figura 1. Seleção de artigos sobre estratégias de promoção da saúde e impactos na qualidade de vida de hipertensos, publicados no período de 2014 a 2019, Teresina, 2020

Para a apresentação dos resultados, foram construídas duas matrizes, sendo a primeira com a caracterização dos estudos e a segunda com a descrição das estratégias de promoção da saúde desenvolvidas e os impactos na população.

RESULTADOS

As estratégias de busca recuperaram 489 referências. Durante o processo de seleção, foram eliminados 4 artigos duplicados e 473 artigos que não atenderam aos critérios de inclusão durante a leitura do título e do resumo (segundo e terceiro estágios). A leitura do texto completo dos 12 artigos selecionados confirmou a elegibilidade (quarto estágio), os quais foram incluídos nesta revisão (Figura 1). A maioria desses estudos foram descritivos (n = 6), realizados no Brasil (n = 7) e publicados em 2016 (n = 4) (Quadro 1).

Quadro 1. Características dos estudos sobre estratégias de promoção da saúde e impactos na qualidade de vida de hipertensos, publicados no período de 2014 a 2019, Teresina, 2020

Autor/ano de publicação	País	Amostra	Tipo de estudo/técnica de coleta de dados
Silva et al. ¹³ (2014)	Brasil	9 usuários de uma ESF em um município do Sul do Brasil.	Pesquisa qualitativa. Entrevista semiestruturada.
Paulucci et al. ¹⁴ (2014)	Brasil	100 usuários do Sistema Único de Saúde e Saúde Suplementar, na cidade de Belo Horizonte/MG.	Estudo descritivo de base populacional. Entrevista com subamostra do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis por Inquérito Telefônico (VIGITEL).
Almeida et al. ¹⁵ (2014)	Brasil	11 usuários de uma ESF de Montes Claros/MG.	Estudo descritivo qualitativo. Entrevista não estruturada.
Vílchez Barboza et al. ¹⁶ (2016)	Chile	109 participantes do programa de saúde cardiovascular dos Centros de Saúde Municipais de Concepción.	Ensaio clínico controlado e randomizado. Questionário.
Favaro et al. ¹⁷ (2016)	Brasil	172 participantes de grupos educativos de uma Unidade Básica de Saúde do município de São José do Rio Preto/SP.	Estudo descritivo e prospectivo. Questionário.
Dias et al. ¹⁸ (2016)	Brasil	38 usuários de uma ESF do município de Porteirinha/MG.	Estudo descritivo. Entrevista semiestruturada.
Strehlow et al. ¹⁹ (2016)	Brasil	8 participantes do grupo de educação em saúde PET/VS em um município do noroeste do estado do Rio Grande do Sul.	Pesquisa descritiva. Entrevista semiestruturada.
López-Mateus et al. ²⁰ (2017)	Colômbia	121 participantes do Centro Dia "Memórias que Constroem" no município de Sopó.	Estudo qualitativo. Investigação-ação participativa.
Cruz et al. ²¹ (2017)	Colômbia	52 participantes de um Centro de vida localizado na cidade de Barranquilla.	Estudo quase experimental. Grupo experimental.
Arija et al. ²² (2018)	Espanha	207 participantes de um programa de intervenção com atividade física em Centros de Atenção Básica da Espanha.	Ensaio clínico randomizado. Sessões supervisionadas de caminhada em grupo.
Reis et al. ²³ (2018)	Brasil	43 usuários do Programa Academia Carioca de um centro municipal de saúde do Rio de Janeiro/RJ.	Estudo descritivo. Questionário estruturado.
Gallardo-Zanetta et al. ²⁴ (2019)	Chile	46 participantes de um programa de telemonitoramento em Santiago.	Estudo qualitativo. Grupos focais.

O Quadro 2 apresenta as estratégias desenvolvidas para a promoção da saúde de adultos hipertensos pelos profissionais da saúde inseridos nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS): prática grupal (n = 5), que considera o usuário como protagonista do cuidado; ações de planejamento, diagnóstico e análise dos resultados das propostas de educação em saúde (n = 2); atividades educativas (n = 4); consultas individuais (n = 3); academia de saúde (n = 1); e programa de telemonitoramento (n = 1).

Os impactos relatados na qualidade de vida dos adultos hipertensos consistiram: na longitudinalidade do cuidado (n = 5); na relação de confiança entre profissionais e usuários (n = 7); na promoção de cuidado e aprendizagens (n = 10); no empoderamento (n = 4); no apoio percebido pela equipe de saúde (n = 10); na integração da família (n = 2); na comodidade

Quadro 2. Descrição das estratégias de promoção da saúde e dos impactos na qualidade de vida de hipertensos no período de 2014 a 2019, Teresina, 2020

Referências	Estratégias de promoção da saúde	Descrição das estratégias utilizadas	Impactos na qualidade de vida
López-Mateus et al. ²⁰ ; Cruz et al. ²¹	Diagnóstico comunitário	Conhecimento do estilo de vida e hábitos culturais da população.	- Longitudinalidade do cuidado. - Relação de confiança entre profissionais e usuários.
López-Mateus et al. ²⁰ ; Cruz et al. ²¹	Plano de trabalho	Elaboração de atividades com a criação de espaços para elaborar material a ser implantado.	- Melhora na qualidade de vida. - Longitudinalidade do cuidado.
López-Mateus et al. ²⁰ ; Cruz et al. ²¹	Reflexão dos resultados	Sistematização e análise das ações realizadas por meio de matrizes de categorias e subcategorias de acordo com o objetivo e as realizações.	- Adesão ao tratamento. - Participação no tratamento.
Silva et al. ¹³ ; Almeida et al. ¹⁵ ; Favaro et al. ¹⁷ ; Strehlow et al. ¹⁹ ; Cruz et al. ²¹	Prática grupal	Aprofundamento de discussões, ampliação de conhecimentos (interdisciplinaridade), com o compartilhamento de experiências.	- Troca de experiências no grupo. - Vínculo com profissionais. - Novos hábitos de saúde. - Diminuição dos níveis pressóricos. - Redução da demanda de consultas médicas. - Melhora da qualidade de vida. - Fortalecimento do autocuidado.
Almeida et al. ¹⁵ ; Dias et al. ¹⁸ ; López-Mateus et al. ²⁰ ; Arija et al. ²²	Atividade educativa	Ferramenta educativa de incentivo à adequação de alguns comportamentos em saúde e promoção de hábitos saudáveis.	- Adesão ao tratamento. - Autonomia dos indivíduos. - Participação no tratamento.
Paulucci et al. ¹⁴ ; Vílchez Barboza et al. ¹⁶ ; Dias et al. ¹⁸	Consultas	Consultas médicas e de enfermagem, orientações sobre o uso de medicamentos e acompanhamento de pacientes.	- Redução da pressão arterial. - Prática de atividade física. - Dieta saudável (redução de consumo de sal). - Adesão ao tratamento.

Quadro 2. Continuação...

Referências	Estratégias de promoção da saúde	Descrição das estratégias utilizadas	Impactos na qualidade de vida
Reis et al. ²³	Academia da Saúde	Espaços físicos para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, produção do cuidado e modos de vida saudáveis, contemplando atividades de alimentação saudável, práticas corporais e prevenção das doenças crônicas e das violências, ações encarregadas a profissionais de saúde em conjunto com a comunidade.	- Melhora e estabilização de níveis pressóricos. - Qualidade de vida. - Interação com os profissionais. - Redução da medicação anti-hipertensiva.
Gallardo-Zanetta et al. ²⁴	Programa de Telemonitoramento	Monitoramento remoto de parâmetros fisiológico e biométrico de um paciente.	- Promoção de cuidado e aprendizagens. - Empoderamento. - Apoio percebido pela equipe de saúde e integração da família. - Comodidade e acessibilidade.

e acessibilidade (n = 1); na diminuição dos níveis pressóricos e melhoras nos parâmetros clínicos (n = 7); na redução da demanda de consultas médicas (n = 1); e no fortalecimento do autocuidado (n = 6) (Quadro 2).

DISCUSSÃO

As estratégias educativas utilizadas no monitoramento e controle das DCNT, principalmente da HA, devem ser realizadas continuamente nos serviços de saúde com ações de promoção, prevenção, tratamento e redução de agravos, de forma a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade²⁵. A APS representa o sistema que tem esse foco, pois garante a continuidade da assistência ao portador de DCNT, além de promover o vínculo terapêutico entre indivíduos e profissionais, o que permite a longitudinalidade do cuidado²⁶. A prática grupal^{13,15,17,19,21} representa um dos principais meios para a construção do saber em saúde, pois une os saberes dos profissionais de saúde aos do povo, constituindo parte complementar do saber científico. Apresenta potencial para promover o diálogo, a reflexão e a troca de ideias entre os integrantes e, por isso, é considerada um ambiente de convivência e descontração, o que motiva a participação e o aprendizado. Por priorizar o diálogo, as práticas grupais possibilitam partilhar ideias e experiências e, por essa razão, foram entendidas como ações privilegiadas para a construção do saber em saúde¹³.

O grupo promove troca de experiências, condutas e práticas relacionadas ao conhecimento da doença que ressignificam a vivência das pessoas e influenciam as atitudes do usuário¹⁵. Cada pessoa é diferente e se reconhece no outro por meio de uma relação dialógica que lhe possibilita expressar, escutar, refletir, questionar e aprender mutuamente^{13,19}. Assim, os grupos podem possibilitar aos indivíduos a construção conjunta do processo educativo, na qual serão, concomitantemente, objeto dos agentes educativos e sujeitos de sua própria educação, o que permite o envolvimento das necessidades dos grupos sociais e sua emancipação²⁷.

Nesse âmbito, produzir relações entre membros de um grupo pode ser positivo para o cuidado com a saúde, principalmente quando possuem características em comum ou partilham

dos mesmos interesses. Nos grupos, os sujeitos destacam a importância dos profissionais e dos demais participantes pelo compartilhamento de conhecimentos e experiências durante as atividades²⁸. Essa troca reflete a importância do saber popular no processo de educação em saúde, havendo uma contextualização da realidade e valorizando as histórias e vivências de cada participante²⁸. Quando bem empregada, essa técnica pode levar à redução dos níveis pressóricos e glicêmicos e do número de consultas, por ser uma estratégia de fortalecimento do autocuidado dos pacientes crônicos^{17,29}.

Estudo realizado em um município do Rio Grande do Sul com oito pacientes de grupos de educação em saúde constatou que, após a participação na estratégia educativa, os indivíduos começaram a cuidar da sua saúde e se sentiram mais capazes de cuidar de si mesmos, pois já conheciam as complicações e os riscos das doenças¹⁹.

Esses conhecimentos adquiridos em atividades educativas^{15,18,20,22} são essenciais para aumentar a adesão ao tratamento da HA, que ainda é baixa. Cerca de 40% a 60% de hipertensos não fazem uso da medicação prescrita; porcentagem semelhante foi encontrada quanto à adesão ao estilo de vida saudável, apontando que apenas metade das pessoas com HA consegue manter os níveis pressóricos normais^{30,31}.

Neste sentido, reforça-se a necessidade de programas educativos que sejam eficazes e viáveis. Estudo desenvolvido em São Paulo que investigou a interação e a integração dos profissionais de saúde capacitados em atendimento a grupos educativos apontou a necessidade de intervenções periódicas, vínculo profissional e reavaliação das necessidades do grupo para alcance de melhores resultados¹⁷.

A educação em saúde é, portanto, um instrumento de promoção da saúde, alicerçada no empoderamento, no protagonismo e na gestão participativa como meios para o alcance de melhores condições de vida, com foco nos determinantes e condicionantes de saúde¹⁹. É perceptível que ela promove mudanças no estilo de vida por meio da reflexão e busca de um tratamento adequado, o que pode favorecer a sua independência e a habilidade de cuidar de si¹⁵.

Dessa maneira, as práticas grupais se destacam na construção de conhecimentos de forma inovadora por permitir a troca de experiências e a relação de confiança entre profissionais e usuários. Contudo, nem todos os serviços de saúde estão preparados para atuar dessa forma. Muitos deles embasam suas práticas em modelos prescritivos com a imposição de valores e concepções próprias nessas atividades grupais³², o que não demonstra ser um acompanhamento integral e de acordo com o perfil dos grupos.

Outras estratégias destacadas pelos estudos e caracterizadas por etapas foram o diagnóstico comunitário, o plano de trabalho e a reflexão dos resultados^{20,21}. O diagnóstico comunitário propõe-se a avaliar e conhecer o cotidiano dos indivíduos, permitindo, a partir disso, a elaboração de um plano de trabalho que deve ser fundamentado nos hábitos de vida e nas possibilidades de adesão diagnosticadas anteriormente. A partir da implementação desse plano, é realizada a reflexão dos resultados. Por se tratar de etapas cíclicas, as intervenções planejadas permitem, ao final, avaliar, reformular e criar novas estratégias, quando as primeiras realizadas não tiverem sido suficientes³³. Esse levantamento de resultados fornece subsídios para que se planeje uma assistência individualizada, visando ao controle efetivo da doença³⁴.

Essa estratégia foi usada em uma pesquisa-ação com o objetivo de promover hábitos de saúde relacionados à dieta e atividade física em 121 idosos com HA em um município da Colômbia. Inicialmente, foram identificados os problemas relacionados à saúde desses indivíduos e definidas as atividades que seriam realizadas. A partir da apropriação de recursos agrícolas, dança, incorporação de estratégias motivacionais, apoio de instituições e empoderamento dos facilitadores, foi realizada uma intervenção eficaz e sustentável para os cuidados de saúde desses idosos²⁰.

Similarmente, uma pesquisa experimental com um grupo de 52 idosos observou o efeito de um programa educacional fundamentado em guias metodológicos sobre a qualidade de vida relacionada à saúde. O estudo foi realizado em três fases: fase inicial de diagnóstico ou pré-teste; fase de intervenção; e fase de avaliação final ou pós-teste. A sequência complementar

das etapas permitiu a continuidade do cuidado com a saúde. Os meios de pré-teste e pós-teste mostraram alterações positivas no empoderamento em saúde²¹.

Assim, as ações para adesão ao tratamento, prevenção e controle da HA precisam ser planejadas, contínuas e persistentes, com o planejamento perpassando a longitudinalidade. É necessário haver acompanhamento profissional, cuidado permanente, atendimento integrado e avaliação das ações aplicadas, condicionando fatores de saúde e reduzindo fatores de risco²⁶.

Mais uma estratégia utilizada foi o atendimento organizado, humanizado e individualizado, realizado por meio de visitas domiciliares e consultas médicas, de enfermagem e dos demais profissionais na atenção primária. Essas ações são privilegiadas por estar inseridas na realidade da população e propiciar o desenvolvimento de práticas educativas, com ênfase nas ações preventivas e promocionais^{14,16,18,35}.

As consultas na atenção básica ocorrem no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), que conta com uma equipe multiprofissional orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilidade, humanização, equidade e participação social³⁶. Dessa forma, essas equipes interdisciplinares devem proporcionar acompanhamento longitudinal e integral por meio de estratégias de atuação, adoção de políticas públicas, atividades comunitárias, organização e planejamento dos serviços de saúde, interferindo positivamente no acesso e na adesão aos tratamentos³⁷.

A importância das consultas na ESF foi comprovada em estudo com 27 idosos cadastrados no Programa de Acompanhamento e Monitoramento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) de uma unidade básica de saúde em Minas Gerais, em que a aplicação dos cuidados e das orientações fornecidas durante a consulta foi relatada por 92,6% dos entrevistados³⁴. Porém, foi identificada a necessidade de adaptações nessa assistência ainda fragmentada, como alteração dos horários de atendimento, realização de um maior número de ações em grupos e de dinamização deles, e envolvimento de familiares, uma vez que a família constitui fonte de apoio e segurança¹⁸.

Pesquisa epidemiológica realizada na cidade de Belo Horizonte verificou mudanças significativas na prática de hipertensos acompanhados pela ESF: 92% relataram a redução do consumo de sal, 36% passaram a consumir uma dieta adequada, 51% incorporaram a realização de atividade física regular, 95% informaram fazer uso regular de medicação anti-hipertensiva e somente 6% afirmaram usar os remédios para o controle da HA – apenas quando a pressão arterial estava elevada¹⁴.

Ensaio clínico usando aconselhamento presencial e telefônico em enfermagem, com adultos que possuíam risco cardiovascular, em Concepción, Chile, detectou efeito significativo sobre o aumento da qualidade de vida em mulheres, o que pode ser atribuído à capacitação e ao fortalecimento de redes de suporte e ao próprio profissional durante o desenvolvimento do aconselhamento. Esse resultado comprova a importância de uma consulta interativa, em que haja um vínculo de confiança e escuta ativa¹⁶.

O Programa Academia da Saúde²³, criado em 2011, foi outra estratégia verificada para promover a saúde de hipertensos. Baseia-se na prática de atividade física com ou sem a utilização de aparelhos, coordenada por um educador físico com a ajuda de outros profissionais³⁸. Trata-se de espaços físicos para desenvolver ações de promoção da saúde, produção do cuidado e modos de vida saudáveis por meio da interação entre profissionais de saúde e comunidade³⁹.

O exercício físico está associado a um efeito hipotensor importante. Quando adotado como método por uma equipe multidisciplinar e vinculado aos aspectos alimentares e comportamentais, promove melhora na qualidade de vida e resultados satisfatórios entre portadores de HA^{22,23}.

Em estudo desenvolvido em Centros de Atenção Básica da Espanha, a variável que causou maior controle da pressão arterial foi o Programa de Intervenção da Atividade Física²². No Recife, pesquisa que avaliou o impacto das Academias da Saúde apontou que o programa estimula a prática de atividade física, principalmente, em populações mais pobres, mulheres e idosos⁴⁰.

A última estratégia apresentada decorre da inovação tecnológica que permite o surgimento de novas estratégias de educação em saúde, como o Programa de Telemonitoramento²⁴. Nessa estratégia, a promoção de cuidado por meio de aprendizagens, empoderamento,

apoio percebido pela equipe de saúde, integração da família, comodidade e acessibilidade foi alcançada com o monitoramento remoto de parâmetros fisiológicos e biométricos dos pacientes²⁴.

Estudo qualitativo realizado no Chile relatou os benefícios percebidos da participação nesse tipo de programa, que funcionou como um lembrete para verificar regularmente o estado de saúde. A estratégia permitiu o reconhecimento e o manejo de sintomas, aumentou a prudência no controle da doença e diminuiu o risco de descompensações que envolvem o atendimento a serviços de emergência²⁴.

Essas ações são importantes para a capacitação de portadores de HA, pois objetivam fortalecer as habilidades e capacidades dos indivíduos, como também orientá-los para o controle sobre os determinantes da saúde, de modo a atenuar seu impacto na saúde individual e coletiva.

Todas essas estratégias são iniciativas políticas preconizadas pelo Ministério da Saúde³⁹ e tem por finalidade uma atenção integral com impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como na minimização dos efeitos das doenças por meio do estabelecimento precoce de vínculo entre os usuários e o serviço. Essa conexão deve ser construída com a população por intermédio de estratégias de regionalização e ação domiciliar, familiar e comunitária, possibilitando a consecução dos efeitos propostos em toda a extensão do cuidado⁴¹.

As iniciativas relatadas provocam impactos positivos na qualidade de vida dos hipertensos, pois possibilitaram mudanças de hábitos como o controle do tabaco, a adequada escolha, preparo e consumo de alimentos, o estímulo à prática de atividade física e o uso contínuo das medicações^{14,39}.

Essa mudança no estilo de vida dos hipertensos demonstra a opção por uma vida saudável, o estímulo à adesão de cuidados preventivos, o alcance de melhor qualidade de vida, o gerenciamento de sua própria condição de saúde, além do fortalecimento de vínculo entre o indivíduo e os profissionais de saúde.

Apesar da importância e dos impactos positivos das estratégias avaliadas na qualidade de vida das pessoas que convivem com a HA, existem poucos suportes planejados sobre as práticas de promoção da saúde. Isso pode ser decorrente da formação dos profissionais da área da saúde, geralmente marcada pelo restrito contato com as práticas desenvolvidas na atenção básica, o que os distanciam dessa realidade, além da prática de não priorizar os anseios, as necessidades e as demandas dos usuários. Deve-se considerar ainda que, com o passar do tempo, ocorre a redução do impacto das estratégias educativas em saúde, o que requer periodicamente intervenções inovadoras⁴².

Desse modo, pesquisas devem ser desenvolvidas com base nas necessidades, capacidade de compreensão, realidade de vida e construção de vínculo entre as pessoas. O fenômeno saúde-doença-educação não pode ser percebido como elemento isolado, pois constitui parte de uma inter-relação dialética marcada por seu caráter histórico concreto, além de ser formado por processos que contribuem para a formação consciente de atitudes favoráveis à saúde e à qualidade de vida⁴³.

CONCLUSÃO

Os estudos investigados evidenciaram que diferentes estratégias de promoção da saúde causam impactos positivos na qualidade de vida das pessoas que convivem com a hipertensão por meio de mudanças de comportamento.

É preciso fortalecer as atividades em grupo e ampliar a participação dos hipertensos no planejamento, na execução e na avaliação dessas ações com a equipe multidisciplinar integrada no contexto da APS. Essa participação subsidia as potenciais atividades a serem realizadas a depender das necessidades dos serviços e do público.

Algumas limitações devem ser consideradas ao interpretar os resultados desta revisão, uma vez que estudos de revisão são suscetíveis à não identificação ou exclusão de estudos potenciais para a pesquisa por causa dos métodos de busca empregados e do tipo de estudo.

Entretanto, os resultados encontrados foram relevantes no entendimento das práticas educativas direcionadas aos indivíduos com hipertensão e seu impacto na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Silva MJS, Schraiber LB, Mota A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. *Physis*. 2019;29(1):e290102. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290102>.
2. Cruz DSM, Collet N, Nóbrega VM. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com DM1 - revisão integrativa. *Cien Saude Colet*. 2018;23(3):973-89. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.08002016>. PMID:29538577.
3. Duncan B, Chor D, Aquino E, Bensenor I, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saude Publica*. 2012;46(Suppl. 1):126-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>. PMID:23532314.
4. Scala LC, Magalhães LB, Machado A. Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica. In: Moreira SM, Paola AV, editors. Livro texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2015. p. 780-5.
5. Roberto LL, Noronha DD, Souza TO, Miranda EJP, Martins AMEBL, Paula AMB, et al. Falta de acesso a informações sobre problemas bucais entre adultos: abordagem baseada no modelo teórico de alfabetização em saúde. *Cien Saude Colet*. 2018;23(3):823-35. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.25472015>. PMID:29538563.
6. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2011;15(4):802-10. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400020>.
7. Santos LTM, Mansur HN, Paiva TFPS, Colugnati FAB, Bastos MG. Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. *J Bras Neurol*. 2012;334(3):293-302. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20120014>.
8. Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knaf KA, editors. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. Philadelphia: W.B Saunders Company; 2000. p. 231-50.
9. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):335-45. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>. PMID:24918895.
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
11. Silva WC, Silva CO, Sousa BM, Souza CAP Fo, Silva LNS, Silva RA, et al. Disponibilidade farmacológica e não adesão a terapêutica: um problema de saúde pública no Brasil. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;(20):e323. <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e323.2019>.
12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(2):335-42. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>.
13. Silva FM, Budó MLD, Girardon-Perlini NMO, Garcia RP, Sehnem GD, Silva DC. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(3):347-53. PMID:25054694.
14. Paulucci TD, Velasquez-Melendez G, Bernal RI, Lana FF, Malta DC. Análise do cuidado dispensado a portadores de hipertensão arterial em Belo Horizonte, segundo inquérito telefônico. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(Suppl.):227-40. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400050018>. PMID:25054266.
15. Almeida ER, Moutinho CB, Leite MTDS. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. *Saúde Debate*. 2014;38(101):328-37. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140030>.
16. Vílchez Barboza V, Klijn TP, Salazar Molina A, Sáez Carrillo KL. Effectiveness of personalized face-to-face and telephone nursing counseling interventions for cardiovascular risk factors: a controlled clinical trial. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24(0):e2747. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0626.2747>. PMID:27508917.
17. Favaro DTL, Sasaki NSGMS, Vendramini SHF, Castiglioni L, Santos MLGS. Impact of educational group strategy to improve clinical and glycemic parameters in individuals with diabetes and hypertension. *Invest Educ Enferm*. 2016;34(2):314-21. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a11>. PMID:28569935.

18. Dias EG, Almeida FG, Caires HLD, Santos TAS, Jorge SA, Mishima SM. Avaliação de uma Estratégia Saúde da Família quanto à promoção de adesão ao tratamento e o controle da hipertensão sob a ótica do idoso. *Journal of the Health Sciences Institute*. 2016;34(2):88-92.
19. Strehlow BR, Dahmer L, Oliveira TB, Fontana RT. Patients' perception of groups on health education of pet health surveillance. *Journal of Research Fundamental Care Online*. 2016;8(2):4243-54.
20. López-Mateus MC, Hernández-Rincón EH, Correal-Muñoz CA, Cadena-Buitrago GP, Galvis-Díaz IJ, Romero-Prieto GE. Estrategia educativa que promueve los hábitos saludables en adultos mayores con hipertensión arterial en un municipio de Colombia: estudio de investigación-acción participativa. *Medwave*. 2017;17(8):e7072. <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2017.08.7072>. PMID:29099819.
21. Cruz MVQ, Solano NF, Puello FG, Villa MS. Educación sanitaria para la calidad de vida y empoderamiento de la salud de personas mayores. *Gerokomos*. 2017;28(1):9-14.
22. Arija V, Villalobos F, Pedret R, Vinuesa A, Jovani D, Pascual G, et al. Physical activity, cardiovascular health, quality of life and blood pressure control in hypertensive subjects: randomized clinical trial. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):184. <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-018-1008-6>. PMID:30217193.
23. Reis LLM, Silva RCM, Armada e Silva HCD, Souza CC, Silva MRB, Cunha AL. Métodos não farmacológicos utilizados pelo enfermeiro na prevenção e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica. *Nursing*. 2018;21(244):2338-41.
24. Gallardo-Zanetta AM, Franco-Vivanco PV, Urtubey X. Experiencia de pacientes con diabetes e hipertensión que participan en un programa de telemonitoreo. *Rev CES Med*. 2019;33(1):31-41. <http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.33.1.4>.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União, Brasília*, 21 de outubro de 2011.
26. Cunha EM, Giovannella L. Longitudinalidade/ continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet*. 2011;16(Supl Suppl. 1):1029-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>. PMID:21503452.
27. Dias VP, Siveira AT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em Atenção Primária. *Rev APS*. 2009;12(2):221-7.
28. Figueiredo MFS, Rodrigues JF No, Leite MTS. Health education in the context of family health from the user's perspective. *Interface Comunicacao Saude Educ*. 2012;16(41):315-29. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000200003>.
29. Mendonça FDF, Nunes EDFPD. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. *Trab Educ Saude*. 2015;13(2):397-409. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00053>.
30. Sousa ASJ, Moreira TMM, Machado ALG, Silva AZ. Associação entre adesão ao tratamento anti-hipertensivo e integralidade no atendimento de enfermeiros. *Rev Enferm UERJ*. 2018;26:e25250. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.25250>.
31. Silva T, Dantas AB, Silveira EVS, Reis HG, Silveira JP, Caproni SMP, et al. Método de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos. *Arch Health Invest*. 2017;6(4):155-8. <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v6i4.2023>.
32. Secco AC, Paraboni P, Arpini DM. Os Grupos como dispositivo de cuidado na AB para o trabalho com pacientes portadores de Diabetes e Hipertensão. *Mudanças Psicol Saude*. 2017;25(1):9-15. <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n1p9-15>.
33. Gil AC. *Didática do ensino superior*. São Paulo: Atlas; 2008.
34. Pedroni GAM, Rosa JA, Almeida MEF, Guedes HM. Assistência de enfermagem prestada à pessoa idosa com hipertensão arterial. *Rev Enferm Cent.-Oeste Min*. 2013;3(2):662-9.
35. Araújo FNF. *Efetividade das ações de controle da hipertensão arterial sob a ótica dos profissionais da atenção primária à saúde [dissertação]*. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2012.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
37. Gomes TJO, Silva MVR, Santos AA. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hipertensão em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Hipertens*. 2010;17(3):132-9.
38. Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega KC, Mion D Jr. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens*. 2009;16(1):38-43.
39. Malta DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade SSCA, Silva MMA. Avanços do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(2):373-90. PMID:27869955.

40. Hallal PC, Tenório MCM, Tassitano RM, Reis RS, Carvalho YM, Cruz DKA, et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. *Cad Saude Publica*. 2010 jan;26(1):70-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100008>. PMID:20209211.
41. Baratieri T, Mandú ENT, Marcon SS. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Cienc Enferm*. 2012;18(2):11-22. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200002>.
42. Scain SF, Friedman R, Gross JL. A structured educational program improves metabolic control in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2009;35(4):603-11. <http://dx.doi.org/10.1177/0145721709336299>. PMID:19451553.
43. Álvarez YM. El movimiento de pioneros "Promotores de Salud vs Hipertensión Arterial": concepciones para su implementación. *Rev Conrado*. 2016;12(52):164-73.