

DANIEL PINHEIRO LIMA

**PROMOÇÃO À SAÚDE DOS PACIENTES HIPERTENSOS
ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA VILA
MUTIRÃO MUNICÍPIO DE PLANALTINA – GO**

**PLANALTINA-GO
2014**

DANIEL PINHEIRO LIMA

**PROMOÇÃO À SAÚDE DOS PACIENTES HIPERTENSOS
ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA VILA
MUTIRÃO MUNICÍPIO DE PLANALTINA – GO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do Certificado do Curso de Especialização em Saúde da Família – Programa Mais Médicos para o Brasil/PROVAB, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

Tutora: Prof^a Msc. Priscila Maria Marcheti Fiorin

**PLANALTINA
2014**

RESUMO

A Hipertensão Arterial é o principal fator de risco para as doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração tanto em homens quanto em mulheres. Mudanças de estilo de vida reduzem a pressão arterial, bem como a mortalidade cardiovascular. Segundo dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) eM 2013, a equipe da ESF Vila Mutirão possuía um total de 2.455 habitantes, e a prevalência de hipertensão era de 61,3% dos casos, sendo identificado em 133 pacientes. O projeto de intervenção é justificado devido a alta prevalência de HAS e a baixa adesão ao tratamento e tem como objetivo elaborar um grupo com atividades de ações de educação em saúde a fim de informar os usuários as causas e consequências da hipertensão, visando a qualidade de vida na Vila Mutirão. Foram realizados 05 encontros educativos com a participação da equipe da unidade. O grupo de hipertensão apresentou diversos pontos positivos como a forma de discussão dos temas, esclarecendo as dúvidas, solucionando as necessidades dos usuários e a anotação das orientações transmitidas em prontuário. Foi percebido algumas mudanças de estilo de vida por alguns pacientes. Os resultados provenientes do grupo serão avaliados posteriormente, com consequente adesão as consultas e ao tratamento.

Palavras-chaves: Hipertensão. Hábitos de vida. Fatores de risco.

ABSTRACT

Hypertension is a major risk factor for cerebrovascular disease , ischemic heart disease in both men and women , being perceived lack of clarity on the part of the population. Lifestyle changes to lower blood pressure, and cardiovascular mortality. According to the Primary Care Information System 2013, the team 09 FHS Vila Effort has a total of 2,455 inhabitants , and the prevalence of hypertension is 61.3 % of cases , identified in 133 patients . The intervention project is justified because of the high prevalence of hypertension and poor adherence to treatment and aims to improve quality of life and strengthen the doctor-patient relationship of hypertensive patients Village Effort - 09 , in Planaltina - GO. The results from the group will be evaluated later with consequent membership consultations and treatment. The ESF Vila Effort hypertension group in Planaltina de Goiás / GO had many good points as how to approach the issues, clarifying doubts and addressing the needs of users and the annotation of the guidelines provided in medical records , which already reflects some changes lifestyle by some patients .

Keywords : Hypertension. Lifestyle. Risk factors.

SUMÁRIO

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS	05
1.1 INTRODUÇÃO	05
1.2 OBJETIVO	06
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA	06
2.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA	06
2.2 PARTICIPANTES	08
2.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	08
2.4 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	09
2.5 PERÍODO DO PROJETO.....	09
3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	09
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	12
REFERÊNCIAS	14

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) é o principal fator de risco para as doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração^{1,2} tanto em homens quanto em mulheres, sendo percebido a falta de esclarecimento por parte da população. Frente a este serviço, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) Vila Mutirão – 09, zona central, situada em Planaltina – GO, conta com atendimento multiprofissional, de médico, enfermeira, agentes comunitários e odontologia.

Nos países desenvolvidos, a proporção de indivíduos com hipertensão que realiza tratamento medicamentoso vem sofrendo alterações ao longo dos anos: no Canadá, aumentou de 35% em 1992 para quase 80% em 2009³ e nos estados Unidos de 60% entre 1992 e 2002 para cerca de 70% entre 2005 e 2008⁴. Entre 1986 e 2001, a proporção de indivíduos com hipertensão arterial que utilizava medicamentos nos países em desenvolvimento variou de 10 a 50%⁵. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. A Sociedade Brasileira de Hipertensão constata que a prevalência HAS na população adulta varia de 22,3% a 43,9% e, em crianças e adolescentes, entre 2% e 13%⁶.

Em Planaltina - GO, na Vila Mutirão - 09, a prevalência de HAS é de 61,3% dos casos. A maioria da população desconhece os fatores de risco da doença e possíveis mudanças de vida, além de não terem adesão ao tratamento medicamentoso.

Estudos indicam que a não utilização de medicamentos anti-hipertensivos parece estar relacionada com características sociodemográficas, especialmente com o sexo masculino e as idades mais jovens, com os comportamentos relacionados à saúde, como tabagismo e sedentarismo, com as condições de saúde dos indivíduos e com utilização dos serviços de saúde^{7,8}.

O tratamento adequado da HAS é fundamental para a redução da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares e consiste em mudanças no estilo de vida

e uso contínuo de um ou mais tipos de medicamentos anti-hipertensivos⁸. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e a adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e de álcool, ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e ao tabagismo^{9,10}.

A avaliação da eficiência dos serviços relacionados à HAS com a identificação de pontos fortes de atuação de municípios de referência poderia representar importante ferramenta de gestão e planejamento¹¹. O projeto de intervenção é justificado devido a alta prevalência de HAS e a baixa adesão ao tratamento.

1.2 OBJETIVOS

Elaborar um grupo com atividades de ações de educação em saúde a fim de informar os usuários as causas e consequências da hipertensão, visando a qualidade de vida.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

As mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Mudanças de estilo de vida reduzem a PA, bem como a mortalidade cardiovascular^{11,12}. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e a adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e de álcool, ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e ao tabagismo¹³.

Implementação de medidas de prevenção contra a HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do SUS, enquanto o Sistema de Saúde Suplementar Complementar assiste aproximadamente 46,5 milhões¹⁴. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde¹³.

Dessa forma, é importante que além dos atendimentos rotineiros, o PSF invistam em estratégias que facilitam a adesão do tratamento, sendo visto que os grupos de Hipertensos é uma ferramenta para que essas propostas sejam de fato colocadas em prática. O projeto de intervenção têm como objeto melhorar essas questões que envolvam estes grupos e intensificar a relação médico-paciente. Sendo assim, espera-se prevenir complicações da hipertensão, esclarecer sobre os fatores de risco, melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento e estimular a adoção de hábitos de vida mais saudáveis.

No PSF da Vila Mutirão, foi identificado 133 pacientes com HAS, com idade de 15 anos ou mais. Por meio das consultas e acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) observou-se que a maioria dessa população hipertensa não realiza um controle pressórico eficiente e não apresenta um seguimento da assistência.

A princípio os ACS serão responsáveis pela divulgação da “campanha 12x8”. Serão confeccionados panfletos, cujo conteúdo será a programação, e incentivo para que os hipertensos participem. Serão realizados grupos de até 15 indivíduos, separados conforme disponibilidade, podendo ser optado pelo turno matutino ou vespertino e ocorrerão uma vez por semana, com duração de quatro semanas. Todos os encontros acontecerão no PSF Vila Mutirão.

No primeiro dia haverá apresentação da equipe e será reforçada a programação. Os profissionais falarão brevemente sobre a importância do cuidado com a saúde, com duração 30 min. Será aplicado um questionário, pré – teste, para avaliar o conhecimento prévio dos hipertensos. Além de dados socioeconômicos e nutricionais.

No segundo encontro, os participantes se reunirão no PSF, para uma roda de conversa com o médico, que abordará sobre a doença de forma sucinta, a respeito da causa, das consequências, e dos fatores de risco e terá duração de

aproximadamente 20 minutos. Haverá um dinâmica com jogo de palavras, para que os convidados sejam estimulados a participarem. Será entregue para cada convidado, um papel com duas palavras, uma positiva e outra negativa, exemplo: 1 – alcoolismo e fruta; 2 – cigarro e caminhada; 3 – sal e peso adequado. O participante irá ler ou pedir para um profissional ler o que está escrito e falará o que cada palavra significa para ele em relação a hipertensão. Serão distribuídas palavras repetidas para que haja pontos de vista diferentes e possa ser gerada uma discussão. Ao final do encontro, o médico tirará todas as dúvidas. A dinâmica terá duração de 30 min e a fala final do médico duração de 10 min.

No terceiro encontro será realizada uma oficina de culinária, abordado sobre alimentação saudável, com uma nutricionista. Nesta serão ensinadas alternativas ao sal comum, receitas com baixo teor de sódio e receitas para alimentação saudável. O encontro terá duração de 40 min.

No quarto encontro, os hipertensos serão convidados a participarem de uma caminhada, com a supervisão de um educador físico, com duração de 20 min, com toda a equipe de saúde. No retorno ao PSF, todos se reunirão para um fala breve do profissional, que estimulará a atividade física nesse público, com duração de 10 min.

O encerramento acontecerá no quinto encontro, sendo destinado 30 minutos às considerações finais da equipe e dos participantes e 10 minutos para a aplicação do pós teste.

2.2 PARTICIPANTES

Usuários hipertensos do PSF Vila Mutirão, equipe 09, em Planaltina – Goiás.

2.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Segundo dados do Sistema de Informação de Atenção Básica de 2013, a equipe 09 do PSF Vila Mutirão possui um total de 2.455 habitantes. Destes, 52,5% feminino, 19% de crianças, 27% de adolescentes, 48% de adultos e 6% de idosos.

Do total de pessoas com mais de 15 anos 90,2% são alfabetizados e somente 9,8% analfabetos, das crianças até 14 anos 73% estão na escola. Em relação a

água tratada, 80,4% é filtração, 1,34% fervura, 2,23% cloração e 16% não tem tratamento. Em relação ao abastecimento, 50% é de rede pública e os outros 50% é de poço ou nascente. O destino das fezes/urina é 98% fossa e o restante céu aberto e fossa. Em relação ao lixo, 90% é coletado, 8% queimado ou enterrado e 2% céu aberto. As casas são 99,4% de tijolo/adobe e o restante madeira ou material aproveitado.

2.4 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Grupo com até 30 indivíduos hipertensos.

2.5 PERÍODO DO PROJETO

O projeto teve início em outubro e finalização em novembro do ano de 2014, com um encontro semanal, com duração de 5 semanas.

3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

As ações de educação em saúde visam fazer com que a população desperte para o real valor da saúde, estimulando-os a serem co-responsável pelo processo saúde-doença. Nessa perspectiva, a intervenção em saúde no formato de grupo faz necessária como uma contribuição da promoção da saúde, como campo de conhecimento e de prática, para qualidade de vida¹⁵.

Para que essas ações fossem concluídas positivamente, houve uma reunião com toda equipe de saúde, para que fosse acertado toda a programação do grupo de hipertensos e denominação dos responsáveis por cada atividade. Neste dia houve também, capacitação dos ACS, já que estes são os responsáveis pela divulgação do “campanha 12x8” e são os profissionais que a população tem mais fácil acesso para tirarem dúvidas. Ficou decidido, que haveria encontros apenas no período vespertino, devido a dinâmica de atendimento ambulatorial da ESF.

Dentre os princípios fundamentais que norteiam a ESF (integralidade, equidade, universalidade e hierarquização) destacamos a integralidade, pois

acreditamos que promoção, prevenção, recuperação da saúde e reabilitação de doenças e agravos não podem ser compartimentalizadas, mas se trabalhadas em todos os seus aspectos de forma dinâmica, na perspectiva de uma abordagem integral, autônoma e resolutive podem modificar o processo de saúde e doença de um indivíduo, família e comunidade¹⁶.

Desta forma, o primeiro encontro, se deu pela apresentação da equipe e usuários. Os participantes foram convidados a responderem o questionário, com opções para marca um X. as perguntas abordavam, conhecimentos prévio quanto ao uso do sal, ao uso de temperos industrializados prontos, à necessidade da prática de exercício físicos e de manutenção do peso adequado. Foram questionados também quanto a hábitos alimentares, por meio da frequência alimentar. Foi feita medidas de PA, peso e estatura e anotados nas fichas.

Foi calculado também o IMC para traçar o diagnóstico nutricional do público presente. O médico responsável pela atividade, abordou sobre a importância do autocuidado, pois para que o paciente possa exercer o seu autocuidado e melhorar sua qualidade de vida é necessária uma orientação adequada, por meio da educação em saúde por profissionais competentes. Iniciativas de educação em saúde possibilitam mudanças efetivas no estilo de vida das pessoas, com vistas a prevenir ou pelo menos retardar os agravamentos decorrentes dessa enfermidade¹⁷.

No segundo encontro, por meio de uma roda de conversa, o médico discutiu com os pacientes sobre causa, consequências e os fatores de risco da HÁ. Houve participação dos usuários, e percebemos que foi possível neste momento sanar muitas dúvidas, principalmente quanto aos fatores de risco. Em seguida, houve uma dinâmica, com jogo de palavras. Cada participante recebeu duas palavras, uma positiva e outra negativa relacionada ao controle da PA. Algumas palavras abordadas foram alcoolismo, sedentarismo, tabagismo, excesso de peso, sal, fruta, alimentos integrais. O participante fez a leitura de suas palavras ou solicitou para que alguém da equipe o fizesse e então era convidado a opinar sobre o assunto. Houve neste momento, troca de informações interessantes, além de dissimular muita informação incoerente. Foram distribuídas palavras repetidas para que haja pontos de vista diferentes e possa ser gerada uma discussão. Ao final do encontro, o médico esclareceu todas as dúvidas que surgiram e então o encontro foi encerrado.

No terceiro encontro, os usuários participaram de uma oficina culinária, com a presença de uma nutricionista. Foram feitas receitas de temperos naturais com baixo

teor de sódio e feito degustação. Cada participante ganhou uma amostra para utilizarem na alimentação em casa. Foi entregue também algumas receitas de alimentação saudável. Percebeu-se que todos estavam atentos a fala da nutricionista, muitos tiraram dúvidas a respeito dos temperos prontos e alguns relataram que faziam uso desses temperos em casa. A equipe avaliou como uma dinâmica positiva, pois houve muito interação dos usuários, já que eles participavam diretamente da preparação dos temperos.

No quarto encontro, os usuários participaram de uma caminhada, com a supervisão de um educador físico, foi feito alongamento antes e todos demonstravam se animados e dispostos. Foram relatados por bem menos da metade dos presente à prática deste tipo de atividade física. A caminhada teve duração de 20 minutos e em seguida o profissional responsável falou sobre a importância dos exercícios físico para o controle da PA.

Por fim, o encerramento se deu no quinto encontro, por meio de roda de conversa. Foram feitas considerações finais por parte da equipe e foi possível que os convidados ainda tirassem algumas dúvidas. Foi reforçado a importância da adesão as consultas e ao tratamento. Em seguida foi aplicado novamente o teste.

Desta forma, o principal foco do grupo de hipertensão foi a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com informações e discussões do binômio saúde – doença, além de esclarecimentos das principais dúvidas e mitos da população.

O grupo contou com a participação aproximadamente de 25 hipertensos. Nem todos foram assíduos ao longo do grupo, mas participaram pelo menos de três encontros ao longo das cinco semanas. A maioria dos participantes eram mulheres (56%) e idosos (65%). No questionário que responderam, percebeu – se que existiam muitas percepções erradas dos participantes, quanto aos fatores relacionados a HA. Quanto a frequência alimentar, a nutricionista fez uma avaliação e detectou erros alimentares em grande parte dos hipertensos. Foi diagnosticado 55% com sobrepeso, 15% com obesidade e 30% com peso adequado. No pós teste, houve mudança nas respostas, de aproximadamente 70% dos usuários. Também houve relato de mudança na frequência alimentar referente ao último mês.

O grupo de hipertensão trouxe além de aprendizados para os usuários, um crescimento para a equipe e uma melhor relação paciente–médico/ paciente-equipe. Portanto, houve melhora também, nas semanas seguintes, da adesão as consultas.

Os hipertensos que participaram do grupo, chegavam as consultas com novidades da mudança de hábitos alimentares. Foi relatado também pelas ACS, um maior ânimo em melhorar os hábitos, destes que participaram.

É importante ressaltar que os usuários de saúde não são consumidores apenas, por exemplo, das orientações, dos grupos educativos, são, além disso, agentes/co-produtores de um processo educativo. Possuem uma dupla dimensão no processo: são ao mesmo tempo objetos de trabalho dos agentes educativos e sujeitos de sua própria educação. A construção de um cuidado aderente às necessidades dos grupos sociais incorpora essa dimensão educativa emancipatória¹⁸.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para melhorar a qualidade de vida do usuário hipertenso em Planaltina, foi elaborado um grupo com atividades de ações de educação em saúde a fim de informar os usuários das causas e consequências da hipertensão, bem como oferecer lhes conhecimentos relacionados à alimentação saudável, à prática de atividade física e à importância de aderir ao tratamento medicamentoso para melhora deste quadro.

O grupo de hipertensão da ESF Vila Mutirão em Planaltina de Goiás/GO apresentou diversos pontos positivos como a forma de abordagem dos temas, esclarecendo as dúvidas e solucionando as necessidades dos usuários e a anotação das orientações transmitidas em prontuário, o que reflete no grande número de hipertensos que já modificaram seu estilo de vida.

Entretanto, segundo avaliação dos profissionais e dos usuários, ainda há necessidade de: maior integração entre os profissionais da equipe, avaliação do grupo de hipertensão, vínculo profissionais-usuários, continuidade por mais tempo do grupo, entre outras.

Sugerimos portanto, que ações educativas como esta, aconteçam com mais frequência, estimulando adesão ao tratamento, tirando dúvidas, melhorando a relação médico-paciente. A presença da equipe multiprofissional é extremamente

importante para o sucesso do grupo, e que possamos ter na unidade atendimentos individualizados com a nutricionista.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Non-communicable diseases country profile, 2011. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html (acessado em 24/Set/2012).
2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380:2224-60.
3. McAlister FA, Wilkins K, Joffres M, Leenen FH, Fodor G, Gee M, et al. Changes in the rates of awareness, treatment and control of hypertension in Canada over the past two decades. *CMAJ* 2011; 183:1007-101.
4. Centers of Disease Control and Prevention. Vital signs: prevalence, treatment and control of hypertension. United States, 1999-2002 and 2005-2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2011; 60:103-8.
5. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. *J Hypertens* 2004; 22:11-9.
6. Mion Jr. D, Kohlman Jr. O, Machado CA, Amodeo C, Gomes MAM, Prachedes JN, et al. *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2006.
7. Damasceno A, Azevedo A, Silva-Matos C, Prista A, Diogo B, Lunet N. Hypertension, prevalence, awareness, treatment and control in Mozambique. *Hypertension* 2009; 54:77-83.
8. Mendéz-Chacón E, Santamaria-Ulloa C, Rosero-Bixby L. Factors associated with hypertension prevalence, unawareness and treatment among Costa Rica elderly. *BMC Public Health* 2008; 8:275.
9. Hoban AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003;289:2560-72.
10. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, for the Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a metaanalysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002;360:1903-13.
11. Rainforth MV, Schneider RH, Nidich SI, Gaylord-King C, Salerno JW, Anderson JW. Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Curr Hypertens Rep*. 2007;9:520-8.
12. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, for the Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002;360:1903-13.

13. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras De Hipertensão. Rev Bras Hipertens vol.17(1):7-10, 2010.
14. Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Beneficiários, Operadoras e Planos. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Dez 2009.
15. hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2008. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2009;23(10): 2363-74.
16. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. Rev saude Publica, 2011;34(2):111-125.
17. SOARES, L.C. Educação em saúde na modalidade grupal: Relato de experiência. Cienc Cuid Saúde; Jan/ Mar, 2009;23(2): 54-65.
18. Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009;16(2): 233-8.