



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Curso de Especialização em Saúde da Família

**Promoção de Estilos de vida mais saudáveis em
pacientes hipertensos na UBS Dra. Sônia Oliveira
Martins.**

Projeto de intervenção

NOME: Arnaldo Arsenio Arias Gonzalez

Orientadora: Valeria Cristina Yoshida

SÃO PAULO
2015

SUMÁRIO

	Página
1. Introdução	3
2. Objetivos	6
2.1. Objetivo geral	6
2.2. Objetivos específicos	6
3. Metodología	7
3.1. Cenário do estudo	7
3.2. Sujeitos da intervenção	7
3.3. Estratégias e ações	7
3.4. Avaliação e monitoramento	8
4. Resultados esperados	9
5. Cronograma	9
6. Referências	10
7. Anexo	13

1. INTRODUÇÃO

A o longo dos dois últimos séculos, as transformações econômicas e sociais decorrentes da evolução tecnológica e industrial, resultaram em uma mudança drástica do perfil de morbi-mortalidade da população, com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), particularmente das doenças cardiovasculares (DCV). As DCNT produzem elevados custos para os sistemas de saúde e da previdência social devido à mortalidade e invalidez precoces, e, sobretudo por causarem um peso para a sociedade, para as famílias e para as pessoas portadoras dessas doenças.¹

Tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda, as DCNT constituem sério problema de saúde pública. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que as DCNT já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doença.²

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das doenças que frequentemente está relacionada às DCV e constitui-se no principal fator de risco para o desenvolvimento de Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal.²

No Brasil há cerca de 17 milhões de portadores de Hipertensão Arterial, 35% da população de 40 anos e mais. O aparecimento de casos novos da doença é crescente e cada vez mais precoce estimando-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadores.²

A partir do critério atual para diagnóstico de Hipertensão Arterial (Pressão Arterial maior ou igual que 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido.²

Essas taxas tendem a crescer nos próximos anos, não só pelo crescimento e envelhecimento da população, mas, sobretudo pela persistência de hábitos inadequados na alimentação e da falta de atividade física, além do tabagismo.¹

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, representaram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos. Em 2007 foram registrados 1.157.509 internações por doenças cardiovasculares no SUS.³

Em relação aos custos, em novembro de 2009, houve 91.970 internações por doenças cardiovasculares, resultando em um custo de R\$ 165. 461. 644, 33.³

A doença renal terminal, outra condição frequente na hipertensão arterial sistêmica, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programas de diálise no SUS, registrando-se 9.486 óbitos em 2007. ³

A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos, que embora sejam assintomáticos, possuem fatores de risco, que, se não forem tratados, levam a doença manifesta. ³

Um aspecto que merece consideração é a modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida, que indica uma exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria composição da dieta provocou alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população. Adicione-se a isso a baixa frequência à prática de atividade física, que também contribui no delineamento desse quadro. ^{4,-5}

Alimentação rica em sódio e gorduras, tabagismo, etilismo e alterações psicoemocionais são mencionados como contribuintes para a elevação da pressão arterial. A implementação das mudanças no estilo de vida dos portadores de hipertensão é lenta e na maioria das vezes não é mantida com a necessária continuidade. ^{6,-7}

A adesão ao tratamento inclui fatores terapêuticos e educativos relacionados aos pacientes, envolvendo aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde, a uma adaptação ativa a estas condições, à identificação de fatores de risco no estilo de vida, ao cultivo de hábitos e atitudes promotores de qualidade de vida e ao desenvolvimento da consciência para o autocuidado. O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. ^{8,-9}

A adoção de hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividade física, a manutenção do peso corporal adequado e o abandono do tabagismo e do alcoolismo constituem os principais fatores favoráveis para a prevenção da hipertensão arterial e para a melhoria da qualidade de vida. ¹⁰

Mudanças no estilo de vida são recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com pressão arterial limítrofe, reduzindo a pressão arterial bem como a mortalidade cardiovascular. ¹¹

Estratégias que levam a modificações no estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas à um número maior de pessoas geneticamente predispostas e à uma comunidade, apresentando um efeito multiplicador. ²

As ações educativas em saúde podem capacitar indivíduos e grupos na construção de novos conhecimentos, conduzindo a uma prática consciente de comportamentos preventivos ou de promoção da saúde. Essas ações ampliam as possibilidades de controle das doenças, de reabilitação e de tomada de decisões que favoreçam uma vida saudável. Tal processo é altamente favorecido pela utilização da técnica de grupos operativos.¹²

Educação em saúde em grupo possui a força da mudança, por estabelecer um compromisso de todos, uma luta assumida por um grupo e não por um indivíduo sozinho. O grupo pode, assim, cumprir uma função terapêutica, uma vez que está centrado em uma tarefa que pode ser o aprendizado, a cura, o diagnóstico de dificuldades, podendo caracterizar-se como educativo, terapêutico, ou com outras finalidades.^{13,-14}

A implantação de programas de educação em saúde participativos, visando o preparo desses usuários no autogerenciamento da doença é uma das potencialidades da Atenção Primária. As ações educativas configuram-se como ferramentas resolutivas para a diminuição da ocorrência das complicações da doença e os grupos operativos podem ser utilizados no processo educativo do usuário sobre o autogerenciamento da doença.^{15,-16,-17}

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dra Sônia de Oliveira Martins, do município de Pedreira, uma das doenças com alta prevalência, mas difícil controle é a Hipertensão Arterial Sistêmica, sendo, deste modo, motivo frequente de consulta médica.

Nesse sentido é importante lançar mão de estratégias que promovam mudanças no estilo de vida.

O presente projeto tem como objetivo promover estilos de vida mais saudáveis assim como prevenir e controlar os principais fatores de risco associados à Hipertensão Arterial Sistêmica, mediante atividades dirigidas aos pacientes hipertensos cadastrados na UBS Dra Sônia Oliveira Martins do Município de Pedreira em São Paulo.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

- Promover estilos de vida mais saudáveis em pacientes hipertensos na UBS Sônia de Oliveira Martins no Município de Pedreira, estado de São Paulo.

2.2. Específicos

- Elaborar um grupo educativo para pacientes hipertensos que promova hábitos de vida saudáveis.
- Desenvolver um programa de atividades educativas para prevenção e controle de fatores de risco associados à HAS.
- Avaliar os conhecimentos adquiridos pelos pacientes após a intervenção.

3. METODOLOGIA

3.1 Cenário do estudo

O projeto de intervenção será desenvolvido no município de Pedreira, na área de abrangência da UBS Sônia de Oliveira Martins no bairro Jd. Triunfo, estado de São Paulo.

A população adscrita da UBS é constituída por 5153 pessoas, dispostas em 1230 famílias.

3.2 Sujeitos da Intervenção

A intervenção envolverá 40 pacientes hipertensos inscritos no programa HIPERPEDIA da UBS e uma equipe de profissionais de saúde responsável pelas ações. Será dada prioridade àqueles que apresentem fatores de risco associados e/ou HTA de difícil controle.

A equipe envolvida será composta por médico, enfermeira, agentes de saúde, professor de educação física e psicóloga.

3.3 Estratégia e ações

Etapa 1

Inicialmente haverá reuniões com a equipe de para, apresentação do projeto, esclarecimento de dúvidas e escuta de sugestões. Em seguida os pacientes com HAS cadastrados na UBS serão identificados no acolhimento, durante as consultas e visitas domiciliares.

Etapa 2

A partir da identificação, os pacientes serão convidados para a atividade em grupo e será ofertado agendamento de consultas individuais para seguimento da HAS.

Etapa 3

Serão realizadas reuniões semanais, na UBS com os pacientes, coordenadas pelos profissionais de saúde, nas quais será discutido temas relacionados ao estilo de vida. Pretende-se distribuir materiais educativos impressos com recomendações específicas sobre o tema tratado. Será feito um ciclo composto por 7 encontros.

DIA	TEMA	Palestrante
1º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento e explanação do projeto 	Equipe de Saúde
2º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Conceituação de estilo de vida, enfatizando hábitos saudáveis. 	Médico e Enfermeira
3º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Prática de exercícios físicos 	Professor de educação física
4º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação adequada e sua importância. 	Enfermeira
5º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Efeito do alcoolismo e tabagismo na hipertensão. 	Médico
6º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Estresse como causa de descompensação. 	Psicóloga
7º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão analítica e global do projeto; • Aplicação do questionário • Confraternização. 	Equipe de Saúde

Em cada apresentação será buscado construir o conhecimento a partir do que foi expressado pelos usuários, a partir de sua realidade, mesclando conhecimento científico e popular.

3.4 Avaliação e monitoramento

Os pacientes serão estimulados, durante as reuniões, a testemunhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

Durante as reuniões semanais que serão realizadas com toda equipe de saúde da unidade, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis mudanças que sejam necessárias.

A aplicação do questionário (Anexo I) possibilitará avaliar os pontos positivos e negativos, e os conhecimentos alcançados por eles, com a intervenção.

4. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que os pacientes com HAS tenham um incremento do nível de conhecimento sobre a doença e sobre os fatores de risco, incentivando a mudança no estilo de vida, com adoção de hábitos saudáveis que favoreçam o controle da doença e, conseqüentemente a prevenção de agravos e complicações.

5. CRONOGRAMA

Atividades	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto
Elaboração do Projeto	x	x	x	x	x							
Aprovação do Projeto						x						
Estudo da Literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Coleta de Dados							x	x				
Atividade promoção da saúde								x	x			
Discussão e Análise dos Resultados										x		
Revisão final e digitação											x	
Entrega do trabalho final												x
Socialização do trabalho												x

6. REFERÊNCIAS

1. Organização PAN-AMERICANA da Saúde. Linhas de cuidados: hipertensão arterial e Diabetes. Organização PAN-AMERICANA da saúde. Brasília: OPS, 2010.232p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistêmico Único de Saúde. Brasília: MS, 2006.
3. Azeredo VM, Duarte T, Barreto SM. Hipertensão Arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudo de base populacional. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. Brasília Mar 2006 [acesso em 2014 sep. 20]; 15(1): [12p]. Disponível em: www.scielo.iec-pa.gov.br
4. Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. Conhecimento do paciente diabético acerca da sua doença antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. Rev Latino-am de Enfermagem. 2008 Mar/Abr
5. Zanetti ML, Otero LM, Biaggi MV, Santos MA, Péres DS, Guimarães FPM. Satisfaction of diabetes patients under follow-up in a diabetes education program. Rev Latino-am Enfermagem. 2007 jul-ago: 15(4):583-9
6. World Health Organization. World health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002.
7. Monteiro CA, Conde WL. A tendência secular da obesidade segundo estratosociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. Arq Bras Endocrinol Metab 1999; 43(3): 186-94.
8. Mio Jr, D. Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2002.
9. Zanetti ML, Otero LM, Biaggi MV, Santos MA, Péres DS, Guimarães FPM. Satisfaction of diabetes patients under follow-up in a diabetes education program. Rev Latino-am Enfermagem. 2007 jul-ago: 15(4):583-9
10. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Hipertensão Arterial/ Risco Cardiovascular. Hipertensão arterial/arquivos. [Internet], Belo Horizonte 2011[acesso em 2014 sep 21]; 70p. Disponível em: www.pbh.gouv.br.
11. Sociedade Brasileira de cardiologia/sociedade brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. Arg bras cardiol 2010; 95 (1supl. 1); 1-51.

12. Lessa I, Fonseca J. Raça. Aderência ao tratamento e/ou consultase controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol. 1997; 68(6):443-9.
13. Enriques, E. A. Organização em análise. Petrópolis: Vozes, 1997.
14. Dell'acqua MCQ, Pessuto J, Bocchi SCM, Anjos RCPM. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. Rev Latinoam Enfermagem 1997;5(3):43-8.
15. Cooperative Research Group. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. JAMA. 1991; 265(24):3255-64.
16. Torres HC, Avaliação de um Programa Educativo em Diabetes Mellitus com indivíduos portadores de diabetes tipo 2 em Belo Horizonte, MG [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ; 2004. p.125.
17. Soares LC. Educação em saúde na modalidade grupal: Relato de experiência. Cienc Cuid Saúde; Jan/Mar, 2009.
18. São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Assessoria Técnica. Manual de orientação clínica: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). São Paulo: SES/SP, 2011.
19. Jardim PCBV, Sousa ALL, Monego ET. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. Medicina (Ribeirão Preto) 1996;29(2/3):232-8.
20. Malta et. al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v.15 n. 3, p. 47-65, set. 2006.
21. Coitinho DC, Leão MM, Recine E, Sichieri R. Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos: Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Brasília: INAN/Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; 1991.
22. Silveira, L. M. C.; Ribeiro, V. M. B. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients, Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.91-104, set.2004/fev.2005.
23. Rodrides, Teresa S. et al. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. 2006; 15(3): 180-189.
24. Cooperative Research Group. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). Prevention of stroke by antihypertensive drug

treatment in older persons with isolated systolic hypertension. JAMA. 1991; 265(24):3255-64.

25. Torres HC, Avaliação de um Programa Educativo em Diabetes Mellitus com indivíduos portadores de diabetes tipo 2 em Belo Horizonte, MG [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ; 2004. p.125.
26. Costa, Jorge de Assis et al . Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, março 2011.
27. Rodrigues, Andreia C. et al . A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em Diabetes Mellitus. Rev. Esc. Enferm. Usp., v.44, n.2, p. 531-537, 2010.

ANEXO I

Questionário de avaliação do Projeto.

1- Você gostou de participar do grupo.

() sim () não

2- O grupo ajudou você entender sobre sua doença e suas complicações ?

() sim () não

3- Houve mudança em sua alimentação depois da participação no grupo?

() sim () não

4- As atividades trouxeram mudanças em algum hábito praticado por você?

() sim () não quais?? _____

5- Você considera importante a prática de exercícios físicos para controle de sua hipertensão ?

() sim () não

6- Você reconhece que o consumo de álcool e o hábito de fumar aumenta o risco de doenças cardiovasculares?

7- Além do que foi proposto no projeto, você gostaria de realizar outras atividades?
Quais?

