

Curso de Especialização em Saúde da família, à distância da Universidade Federal
de São Paulo

**AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UM GRUPO DE HIPERTENSOS
ACOMPANHADOS PELA UBS JARDIM LOURDES, SÃO PAULO.**

Isis Muniz de Alencar Sampaio

Orientador: Julianna Letícia Gimenes Cotrick Gomes

São Paulo, 28 de fevereiro de 2015.

INTRODUÇÃO

No Brasil, estima-se uma prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) em torno de 20-30% dos adultos, sendo que este número aumenta proporcionalmente à idade. Em pacientes acima de 60 anos de idade, a prevalência de HAS pode chegar a 65%. As mulheres apresentam uma menor prevalência de HAS, antes da menopausa, quando comparada aos homens, fato que reforça o papel dos hormônios sexuais femininos, principalmente o estrogênio, na proteção do sistema cardiovascular. Fatores como obesidade, sedentarismo, dieta inadequada, uso excessivo de álcool e drogas estão intimamente relacionados ao desenvolvimento da HAS ⁽¹⁻²⁾.

Sabe-se que a Atenção Básica é principal porta de entrada do paciente hipertenso no Sistema Único de Saúde, sendo a HAS a principal causa de consulta nas Unidades Básicas de Saúde de todo o Brasil. As características da Atenção Básica à saúde compreendem uma série de ações tanto individuais quanto coletivas com a finalidade de promoção e proteção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce, reabilitação e manutenção da saúde da população ⁽³⁾.

As reflexões em torno das experiências obtidas através das atividades da Atenção Primária à Saúde e sua estratégia dos cuidados primários ainda hoje suscitam debates entre sujeitos e atores sociais envolvidos nos rumos da Política Nacional de Saúde. Após a criação do Sistema Único de Saúde e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem sido mais freqüente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais, sendo que nos últimos anos vimos crescer no cenário brasileiro o Programa Saúde da Família (PSF) ⁽⁴⁾.

O arcabouço desse modelo foi elaborado em meados da década de 70 quando uma crise nos sistemas de saúde de vários países começava a ser deflagrada, com dificuldades no setor decorrentes da crescente elevação dos gastos em saúde, levando à necessidade de reformas setoriais em muitos deles, configurando um cenário de “movimento universal em prol da reforma dos sistemas de saúde”, que abarca desde a necessidade de mudanças do modelo assistencial até a melhor alocação, racionalização e utilização dos recursos ⁽⁵⁻⁶⁾.

Aponta-se, como um dos importantes vetores dessa crise, a influência do modelo médico hegemônico que, se por um lado tem sido altamente eficiente na elevação destes gastos, por outro, tem se mostrado insuficiente quanto ao impacto na melhoria da qualidade de vida e saúde da população e otimização dos serviços, sendo tido como um dos fatores da ineficácia e encarecimento do sistema ⁽⁷⁾.

Nesse contexto de crise foi realizada a Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, pela OMS e UNICEF, sendo exemplo de um evento internacional que representou um marco de influência nos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano fundamental⁽⁸⁾. Seguindo esse modelo, países como Canadá e Espanha, que tiveram esse conjunto de fatores agravando a crise setorial, adotaram a atenção primária à saúde como marco referencial a partir do qual tem se dado a reestruturação do setor e organização dos serviços. No caso brasileiro, o referencial proposto em Alma Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início de 1980, e trouxe aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos. Porém, no transcorrer do tempo e com o desenvolvimento do SUS, este referencial parece perder gradativamente sua potência sendo, cada vez mais, substituído pela concepção da Atenção Básica à Saúde e, em meados da década de 1990, com a implantação do PSF e dos incentivos financeiros específicos

dirigidos aos municípios, em especial o Piso da Atenção Básica que resultou no fortalecimento da Atenção Básica e do PSF no âmbito municipal, percebe-se uma intensificação deste movimento ⁽⁹⁾.

O programa Saúde da Família (PSF) tem como fundamento o foco em ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua, diferindo do modelo tradicional, centrado apenas na doença. Desde 1994, medidas vem sendo implantadas para descentralizar a assistência à saúde, que até então tinha seu foco no atendimento emergencial do paciente, na maioria das vezes em hospitais de grande porte localizados nos grandes centros urbanos ⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Estas ações têm por objetivo aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, propiciando longitudinalidade e integralidade na atenção prestada aos indivíduos e grupos populacionais. Pretende trabalhar com o modelo da vigilância da saúde, com a responsabilização da equipe de saúde pela população moradora em seu território, incentivando a participação popular, criação de parcerias intersetoriais e responsabilização da equipe pelo atendimento integral dos indivíduos e grupos populacionais. Procurando reorientar as ações de saúde, com ênfase às práticas de educação e promoção da saúde, trabalhando os conteúdos de forma crítica e contextualizada ⁽¹²⁻¹³⁾.

Neste contexto e considerando que a educação em saúde é um forte instrumento para o desenvolvimento de mudanças de atitudes e comportamentos, este projeto vem para refletir sobre a educação em saúde, com ênfase no desenvolvimento da educação popular em saúde como proposta metodológica preconizada pelo Ministério da Saúde, na UBS Jardim Lourdes, localizada no bairro do Jabaquara, São Paulo-SP.

OBJETIVOS

GERAL

- Analisar o efeito da educação em saúde através de medidas não-farmacológicas para o controle dos níveis pressóricos em pacientes hipertensos acompanhados na Unidade Básica de Saúde Jardim Lourdes, Jabaquara, São-Paulo-SP.

ESPECÍFICOS

- Recomendar as medidas dietéticas, físicas e de relaxamento preconizadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.
- Praticar acompanhamento periódico do grupo de hipertensos para enfatizar as medidas propostas.
- Realizar medidas antropométricas e aferições seriadas da pressão arterial em pacientes voluntários da UBS Jardim Lourdes.
- Desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência aos indivíduos e famílias selecionadas, tanto na UBS como no domicílio.

METODOLOGIA

SUJEITOS ENVOLVIDOS NO BENEFÍCIO DA INTERVENÇÃO

Será realizada uma intervenção prospectiva para medidas não-farmacológicas e motivacionais na redução da pressão arterial em indivíduos hipertensos acompanhados na UBS Jardim Lourdes. Para participar do projeto, o paciente deve ser considerado hipertenso, devendo ter, no mínimo, duas aferições pressóricas com níveis maiores ou iguais a 140x90 mmHg, aferidos por um profissional de saúde habilitado e com seu respectivo registro em prontuário.

CENÁRIO DA INTERVENÇÃO

Esta proposta de intervenção deverá ser aplicada no âmbito da atenção básica à saúde, mais especificamente na Unidade Básica de Saúde Jardim Lourdes, Bairro Jabaquara, São Paulo-SP.

ESTRATÉGIAS E AÇÕES

Será realizado um levantamento dos pacientes atendidos na unidade básica de saúde e portadores de hipertensão arterial sistêmica. Para isto, deverá ser realizado um estudo dos prontuários destes pacientes e/ou entrevista direta. No prontuário dos pacientes deverão ser verificados os níveis registrados da pressão arterial em consultas anteriores, história de dificuldade na tomada ou obtenção dos medicamentos, assiduidade às consultas e espectro de doenças relacionadas ao controle da hipertensão. O projeto terá duração de seis meses. O primeiro encontro com os pacientes será feito através de visita domiciliar ou consultas realizadas na unidade de saúde, onde serão realizadas as recomendações propostas pela intervenção, assim como todos os participantes serão convidados para comparecer ao posto de saúde e realizar medidas antropométricas e aferições sistemáticas da pressão arterial.

Durante o primeiro encontro, os voluntários que compareceram serão submetidos a uma breve entrevista com exame físico sumário. Os pacientes serão questionados sobre presença de fatores de risco cardiovascular tradicionais como tabagismo e história de doença arterial coronária na família. Serão avaliados o peso, a altura e a circunferência abdominal dos participantes. A pressão arterial será aferida através de três medidas, sendo a pressão arterial basal de cada participante considerada a média dessas aferições.

A intervenção proposta nesse projeto consiste em educação em saúde periódica e enfática para medidas não-farmacológicas em pacientes com diagnóstico de HAS. Todas as medidas não-farmacológicas aplicadas nesse trabalho são recomendadas pela Sexta Diretriz brasileira de HAS publicada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) em 2010. Todos os pacientes com HAS serão submetidos reuniões periódicas de educação em saúde sobre as medidas não-medicamentosas para controle da pressão arterial. Deverão ser realizadas palestras, exposições e atividades lúdicas sobre a hipertensão arterial sistêmica para os pacientes participantes do projeto. Estas atividades terão caráter meramente informativo e educativo.

Serão abordadas questões como a gravidade destas doenças, a importância da estrita adesão ao tratamento e os possíveis danos à saúde decorrente da não

adesão ao programa terapêutico. Outros profissionais da saúde como endocrinologistas e educadores físicos e nutricionistas podem ser convidados a realizar palestras e exposições junto a equipe de saúde. Estas atividades deverão ocorrer na unidade básica de saúde, em periodicidade semanal e com horário previamente acordado entre os profissionais de saúde e os demais participantes do projeto. Os profissionais de saúde devem realizar reuniões entre si para estabelecer a divisão de tarefas e realizar discussões sobre a maneira mais adequada para abordar o tema com a comunidade.

Os pacientes hipertensos serão informados de forma didática sobre todos os detalhes teóricos acerca da HAS, desde a definição até suas conseqüências mais tardias. Será conferida uma maior ênfase à educação em saúde a respeito das medidas não-farmacológicas para o tratamento da HAS como recomendado pela SBC. Os participantes serão especialmente encorajados a seguir o padrão dietético DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) e a praticar pelo menos cinco vezes por semana 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada⁽¹⁴⁾.

ALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Todos os pacientes participantes do estudo serão agendados para retorno ao ambulatório da UBS Jardim Lourdes dois meses após a primeira avaliação para nova realização das medidas antropométricas. Além disso, os agentes comunitários de saúde deverão fazer visitas domiciliares em periodicidade semanal com a finalidade de verificar o seguimento da dieta e a prática de exercícios físicos recomendados.

RESULTADOS ESPERADOS

- Alcançar uma adesão as medidas propostas (dieta DASH, atividade física e práticas de relaxamento) por 95% dos pacientes.
- Reduzir a pressão sistólica em 5mmHg e a pressão diastólica em 3mmHg, naqueles pacientes que aderirem a proposta.
- Realizar acompanhamento periódico de 100% dos participantes do projeto.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Mendes, LM. et al., Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. São José dos Campos-SP-Brasil, v. 20, n. 35, jul.2014. ISSN 2237-1753.
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: CONASS; 2011.
4. Negri, B. A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. In: Negri B, Viana ALD, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime; 2002. p. 15-41.
5. Mendes, EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.p.25-29.
6. Gil, CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública [online]. 2006, vol.22, n.6, pp. 1171-1181. ISSN 0102-311X.
7. Costa, NR, Pinto LF. Piso da Atenção Básica: mudanças na estrutura. In: Negri B, Viana ALD organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime; 2002. p. 271-98.
8. Negri, B, Werthein, J. Apresentação. In: Starfield B, organizador. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. p. 13-4.
9. Machado, MFAS, Vieira, NFC, Silva, RM. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.4, p.2133-2143.
- 10.Alves, GG, Aerts, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2011, v. 16, n. 1,p. 319-325.
- 11.Puccini, PT, Cecilio, LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004, v. 20, n. 5, p. 1342-1353.
- 12.Silva, JLL. O processo saúde-doença e importância para a promoção da saúde. Informe-se em promoção da saúde. Rio de janeiro, 2006, n.2., p.03-05.
- 13.Oliveira, MAC, Pereira, IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev. bras. enferm., Brasília, 2013, v. 66, p.1-8.
- 14.Piper, VA, Castro, K, Elkfury, JL, Santos, ZEA, Almeida, AG, Martins, SCO, Chaves, MLF. Dieta DASH na redução dos níveis de pressão arterial e prevenção do acidente vascular cerebral. Scientia Medica. Porto Alegre, 2012; v. 22, n. 2, p. 113-118.