



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Andre Batista Millet Neves

## Participação no Cuidado como Exercício de Vínculo

Florianópolis, Março de 2023



Andre Batista Millet Neves

## Participação no Cuidado como Exercício de Vínculo

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Tatiana Martins Lima  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Andre Batista Millet Neves

## Participação no Cuidado como Exercício de Vínculo

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Tatiana Martins Lima**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

De acordo com as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Nova Iguaçu apresentava uma população total de 796.257, sendo 381.750 homens e 414.507 mulheres. A faixa etária está distribuída, da seguinte forma: menores de 15 anos – 190.715, entre 15 e 64 anos – 550.110 e maiores de 65 anos – 55.432 pessoas. O coeficiente de natalidade é de 14,5%. Diante dos problemas levantados e identificados na comunidade, o mais evidente e que impacta diretamente nas condições cardiovasculares, é não adesão as práticas saudáveis de forma a mudar o curso natural da doença que apresentam e conseqüentemente se tornarem dependentes de tratamento medicamentoso pela Unidade Básica de Saúde. Sendo assim torna-se fundamental a promoção de um processo de educação permanente para adesão as modificações no estilo de vida. O projeto objetivou estimular a participação ativa do paciente no próprio cuidado, com exercícios práticos de resultados mensuráveis, é uma estratégia interessante para melhorar os indicadores de saúde de uma população. Para a execução, buscou-se por uma abordagem que estimule a participação ativa do paciente no cuidado, distribuindo a responsabilidade do desfecho e melhorando a adesão aos tratamentos propostos. Através do número mínimo de registros de aferições regulares da pressão arterial antes da avaliação médica de pacientes com Hipertensão Arterial, será possível identificar os pacientes chaves para uma abordagem e orientações frente as mudanças e hábitos saudáveis. Espera-se que, uma vez acompanhando a própria flutuação dos valores tensionais e sua relação com uso regular de medicação, atividade física e dieta, o paciente desenvolva uma consciência de maior responsabilidade pelo desfecho desejado.

**Palavras-chave:** Adesão à Medicação, Adesão ao tratamento medicamentoso, Atividades de Lazer, Autocuidado, Estilo de Vida, Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde, Hábitos Alimentares, Hipertensão



# Sumário

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .   | <b>9</b>  |
| <b>2</b> | <b>OBJETIVOS</b> . . . . .  | <b>13</b> |
| 2.1      | Objetivo geral: . . . . .   | 13        |
| 2.2      | Objetivos específicos: . . . . .                                    | 13        |
| <b>3</b> | <b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .                              | <b>15</b> |
| 3.1      | A importância do autocuidado . . . . .                              | 15        |
| 3.2      | O autocuidado e a relação com a obesidade . . . . .                 | 16        |
| 3.3      | O autocuidado relacionado à prática de exercícios físicos . . . . . | 17        |
| <b>4</b> | <b>METODOLOGIA</b> . . . . .  | <b>19</b> |
| <b>5</b> | <b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .                               | <b>21</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .  | <b>23</b> |



# 1 Introdução

A cidade é dividida administrativamente em Unidades Regionais de Governo (URGs) e bairros. A organização da cidade de Nova Iguaçu obedece, além do Plano Diretor, à Lei do Abairramento (IGUAÇU, 2011) e à delimitação dos bairros regulamentada por decretos. A atual divisão administrativa da cidade de Nova Iguaçu configurou-se a partir da publicação da Lei Municipal (IGUAÇU, 1998) que instituiu o Plano Diretor Participativo e o Sistema de Gestão Integrada e Participativa da Cidade de Nova Iguaçu.

A aquisição das informações sociais como renda familiar e escolaridade, ainda que dados simples, é demasiadamente complicada no município. Não existe ferramenta direta para acesso, e nem os gestores das unidades, nem os gestores a nível central são capazes de responder aos questionamentos e/ou não promovem acesso descentralizado aos mesmos, o que torna a tarefa extenuante e de diminuído valor prático.

Quando existem dados oriundos dos veículos oficiais, demonstram deduções realizadas através de modelos estatísticos que não correspondem à realidade observada por quem está inserido nas microáreas.

A aquisição de informações epidemiológicas da área de abrangência é impraticável, devido ausência de organização e administração da Secretaria de Saúde e das unidades, bem como os antiquados e ineficientes métodos de coleta.

Os dados oficiais apresentados pelo município, dada a realidade que observamos no dia a dia, é questionável. Tal perfil de informação, não parece ser uma particularidade de Nova Iguaçu, mas das unidades de saúde de modo geral, acrescido da falta de preparo e/ou motivação dos próprios profissionais de saúde em preencher os formulários adequadamente.

De acordo com as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), Nova Iguaçu apresentava uma população total de 796.257, sendo 381.750 homens e 414.507 mulheres. A faixa etária está distribuída, da seguinte forma: menores de 15 anos – 190.715, entre 15 e 64 anos – 550.110 e maiores de 65 anos – 55.432 pessoas. O coeficiente de natalidade é de 14,5%.

A taxa de mortalidade geral, no período de 2017 (IBGE, 2010) foi 6.426 pessoas. Sendo 818 óbitos causados por condições crônicas hipertensivas, diabetes ou respiratórias. Já os óbitos em menores de um ano corresponderam, em 2017 foram de 1817. Em 2013, a razão de mortalidade materna era 297,78 óbitos/100 mil habitantes. A média nacional para o mesmo período foi 53.99 óbitos/100 mil habitantes. (IBGE, 2010). Os casos de hipertensão arterial no município, segundo dados do Sistema de Indicadores da Atenção Básica (SIAB), no ano de 2013, foram 35,098. Foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 6681 casos de AIDS, declarados no SIM e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL/SICLOM), no período de 1980 a 2018.

Com relação a condição crônica de saúde Diabetes Mellitus (DM) o Tipo 2 correspondem a 31 casos (BRASIL, 2020b). Os dados vacinais do município, segundo o SI-PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações, apresenta apenas 0 em seus valores. O levantamento mais recente realizado pelo Estado do Rio de Janeiro da proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer é de 2006 sendo de 8,97%. Não foi encontrado dados municipais.

O bairro de inserção é Rancho Fundo e pertence à URG Vila de Cava, que possui uma área total de 308.867 quilômetros quadrados composta também pelos bairros: Vila de Cava, Santa Rita, Figueira, Iguazu Velho, Jardim Corumbá e Jardim Mato Grosso.

A população de Rancho Fundo é composta, segundo o último censo de 2010 pelo IBGE, por aproximadamente 6.560 habitantes, apresentando uma média de 3.3 habitantes por domicílio. A proporção de homens e mulheres é semelhante, cerca de 60% da população está na faixa etária de 15 a 64 anos, e 15% na faixa de 0 a 14 anos. Os idosos correspondem a menos de 6% da população. A população adscrita é fragilizada pelas sequelas de uma economia baseada na informalidade, inexistência de ações de promoção e prevenção de saúde promovido pelo estado, precariedade no saneamento básico insuficiente e extrema pobreza, desenvolvendo uma alta prevalência de doenças crônicas e suas contrapartidas. A comunidade é praticamente anexa a território de mata fechada, fossas abertas e desorganização nas construções, que promove vulnerabilidades a zoonoses e arboviroses, bem como dificulta acesso e livre trânsito na assistência. A Equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Rancho Fundo é composta por quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um médico. Por não ser uma unidade exclusiva para saúde da família e possuir regimes contratuais questionáveis, os profissionais de enfermagem - técnicos e enfermeiros - estão vinculados ao serviço geral do estabelecimento e, por não serem dedicados à ESF, atividades como atenção domiciliar e puericultura, pré natal ficam prejudicados. Não existe Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF) organizado no município e qualquer atendimento complementar, como apoio psicológico e fisioterápico é relacionado como atenção secundária. A equipe é pequena e encontra facilidade em comunicação e fluidez do trabalho concentrando seus esforços para suplementar a falta de estrutura tecnológica da unidade.

A execução de pequenos procedimentos é impossibilitada pela indisponibilidade de ferramentas e ambiente adequado, sendo possível realizar apenas atividades comuns propostos pela Estratégia, respeitando as proporções da equipe, espaço físico da unidade e horário de funcionamento. Ainda assim, a equipe é bem estimada pela comunidade, o que sugere a realização de um bom trabalho.

Frente as ações na unidade, executa-se na unidade grupos de orientação nutricional preferencialmente para diabéticos e hipertensos, assim como grupo de apoio a gestantes. Optou-se pela frequência mensal dos eventos, para facilitar a adesão. Também, como preconizado pelo Ministério da Saúde, são realizadas atividades nas escolas da área adscrita.

As cinco queixas mais comuns que levaram as mães de crianças menores de um ano a procurar a UBS foram: ‘não faz cocô’, ‘bolinhas no corpo’, ‘não mama’, ‘não tenho leite’, ‘não ganha peso’. Em 2018, sete gestantes foram acompanhadas na UBS através do pré-natal.

Destaca-se o abuso/dependência de medicações psicotrópicas, seja para tratamento de insônia ou depressão, predominantemente em idosos, porém com prevalência preocupante em adultos, correspondendo por um número significativo de agendamentos de consultas.

A atuação de saúde é de baixa resolutividade. Quando é necessária a intervenção da atenção secundária, ou até mesmo exames simples, o paciente é obrigado a enfrentar longas esperas, muitas vezes colaborando para agravamento das doenças.

A equipe de saúde não aproveita os dados coletados, nem mantém nenhum tipo de registro.

Torna-se demasiadamente cansativo promover um trabalho que envolva reuniões regulares de equipe com objetivo de trabalhar com as informações da unidade, sendo que a coleta e visualização dos dados é realizada de forma precária há mais de 12 anos.

A ausência de dados consolidados prejudica o desenvolvimento das propostas de intervenção propriamente ditas porque tempo é gasto no tratamento dos dados qualitativos/quantitativos, tarefa que demanda energia e empenho que serão, inevitavelmente, faltosos nas etapas mais importantes.

Dos problemas identificados, temos:

1) Cobertura inadequada do território - a falta de agentes suficientes e constantes mudanças na área adscrita prejudica o acompanhamento de forma integral dos pacientes.

2) Dificuldade no acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas - um número considerável de pacientes realiza visitas irregulares à unidade de saúde com a justificativa de utilização de serviços privados, os quais não oferecem uma avaliação longitudinal/continuada da afecção.

3) Prejuízo no manejo de complicações associadas às doenças crônicas – mesmo com controle rigoroso dos quadros, alguns pacientes apresentam complicações e esbarram na deficiência de intervenções como desbridamento de lesões, e cuidado de reabilitação continuado em domicílio - uma vez que não é oferecido NASF.

4) Dificuldade no acesso à atenção secundária e exames complementares - quase a totalidade dos pacientes precisa realizar até os exames mais simples na rede privada, devido à incapacidade do município em fornecer acesso aos mesmos. Tal acesso piora quanto mais complexo for o exame, como tomografias, ressonâncias ou cintilografias. A contra-referência também é praticamente inexistente. Consultas em determinadas especialidades demoram mais de seis meses e NENHUMA contra-referência é preenchida.

5) Dificuldade na adesão à mudança de hábitos de vida - os pacientes com maior necessidade, são os mesmos com piores relatos de adesão a modificações de hábitos de vida como dieta balanceada e prática de exercícios, o que dificulta a prescrição racional

de medicação e diminuição de desfechos de mal prognóstico.

Na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA), metade das mortes prematuras, em homens e mulheres com menos de 65 anos na Europa e nos EUA são consequência de doenças crônicas como hipertensão, diabetes e obesidade (ASSIS, 1999).

No Brasil, a situação não é diferente e as doenças cardiovasculares constitui a causa principal de mortalidade (OPAS, 2018).

Entre os fatores de risco modificáveis para as condições crônicas estão uma alimentação balanceada e a prática regular de exercícios físicos. Entretanto esses fatores são caracterizados pela baixa adesão do paciente.

Relatos descrevem que 43% dos pacientes não aderem a um tratamento crônico (como o uso contínuo de antihipertensivos) e 75% dos pacientes não seguem as recomendações médicas relacionadas as mudanças no estilo de vida, como restrições alimentares e o abandono do tabagismo (DIMATTEO, 1994).

A abordagem centrada na pessoa, proposta pela Medicina de Família e Comunidade retira o foco da doença e a transfere para o indivíduo, implantando-se a visão global da pessoa, incluindo a responsabilidade que esta pessoa tem com o seu bem-estar e como suas escolhas influenciam diretamente em sua saúde.

Ao solicitar o registro de verificações não-ambulatoriais da pressão arterial, permitimos ao paciente, ainda que de forma limitada, a percepção da flutuação dos valores e a correlação de valores estáveis quando a adesão ao tratamento se torna contínua, tornando-o corresponsável pelo sucesso da terapia.

Reflexões realizadas, demonstram que os pacientes não internalizam a necessidade de ser responsáveis por hábitos saudáveis de forma a mudar o curso natural da doença que apresentam e assim retornam continuamente a unidade de saúde a procura de soluções médicas. Sendo assim de fundamental importância a promoção de um processo de educação permanente para adesão as modificações no estilo de vida.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral:

Construir juntamente com a Equipe de Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde do município de Nova Iguaçu, um plano de ações para o desenvolvimento de ferramentas de conscientização e gestão do auto-cuidado.

### 2.2 Objetivos específicos:

1. Requisitar medidas não-ambulatoriais diárias da pressão arterial no período de 15 dias antecedentes a consulta;
2. Elaborar mídias sociais para o projeto com a finalidade de promover maior adesão e efetividade no tratamento antihipertensivo;
3. Solicitar que os pacientes sigam as redes sociais do projeto;
4. Postar sobre a importância do auto-cuidado e temas afins;
5. Discutir com todos os pacientes em acompanhamento o significado e impacto do risco cardiovascular das respectivas doenças hipertensivas e desenvolver trabalho de metas.



## 3 Revisão da Literatura

### 3.1 A importância do autocuidado

No Brasil desde o fim da década de 80, já se noticiava, através das mídias, a importância do autocuidado como forma de evitar o adoecimento (MORAES, 2014). Autocuidado é qualquer função reguladora humana necessária que esteja sob controle individual, deliberada e autoiniciada (SEGALL; GOLDSTEIN, 1989). Em outras palavras, autocuidado “é um conjunto de atitudes que cada um faz com o objetivo de cuidar de si mesmo” (IBC, 2020).

Foi a observação de que pessoas não sedentárias e não obesas se apresentavam mais saudáveis que gerou a ideia de que a manutenção de hábitos saudáveis como alimentação adequada e exercício físico resultavam em saúde que fez surgir a ideia de que se cuidar deve ser parte de uma conduta racional de autogestão (MORAES, 2014).

Segundo (SEGALL; GOLDSTEIN, 1989) foram identificados quatro tipos de autocuidado: rotinas de autocuidado que incluem atividades como comer, dormir e higiene pessoal adequada; autocuidado preventivo como adesão a dietas específicas e prática de atividades físicas; autocuidado reativo como resposta ao aparecimento de sintomas que não foram avaliados por um médico como diminuição no consumo de álcool e autocuidado restaurador observado como a anuência ao tratamento prescrito por profissionais de saúde quando diagnosticado a presença de determinadas doenças. Assim, está claro que o autocuidado se apresenta de forma preventiva, curativa e reabilitativa, podendo estar presentes concomitantemente (SEGALL; GOLDSTEIN, 1989).

Entretanto, aderir a ações de longo prazo não é algo simples. Muitas vezes é necessário ações de promoção de saúde “fundamentadas na intervenção pedagógica” que proporcionem e estimulem o indivíduo a aderir ao autocuidado, e assim “produzir indivíduos autônomos e responsáveis que gerenciem a si mesmos, assumindo a responsabilidade pelos próprios riscos na saúde” (MORAES, 2014).

Um dos motivos que justificam as ações de promoção de saúde estimulando a adesão do indivíduo ao autocuidado foi o aumento na incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que necessitam de intervenção farmacológica como terapia (SEGALL; GOLDSTEIN, 1989). A grande maioria dessas doenças crônicas não existiria, se o paciente quando ainda saudável, tivesse praticado hábitos saudáveis, já que muitas delas são preveníveis, assim como as comorbidades associadas.

Para as doenças cardiovasculares, por exemplo, existem fatores de risco importantes, no campo do comportamento pessoal, como dietas hipercalóricas, sedentarismo, tabagismo e etilismo que contribuem diretamente para que as doenças cardiovasculares sejam a

principal causa de morte no mundo (OPAS, 2018)

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) estima-se que em 2017 no Brasil ocorreram 383.961 mortes por esta razão ((BRASIL, 2020b), sendo a maioria delas poderia ser classificada como uma morte evitável se tivesse ocorrido previamente mudanças nos hábitos de saúde, como cessação do tabagismo, atividade física, redução no consumo de sal, gerenciamento da pressão arterial e da glicose (OPAS, 2018).

Apesar da importância bem estabelecida do autocuidado, a Nota Técnica de Óbitos Evitáveis do Ministério da Saúde define “mortes evitáveis” como situações que ocorrem quando os serviços de saúde falham em atender identificar e intervir nas necessidades de saúde (MS, 2020). Essa proposição não insere o paciente como protagonista na auto-gestão da sua saúde e o afasta da ideia da abordagem focada na pessoa (FUZIKAWA, 2020). Dessa forma, o indivíduo passa a ser um espectador dos seus agravos, quando sua participação no gerenciamento poderia ser crucial no curso natural destas comorbidades.

O sistema de saúde pública brasileiro é sustentado pela sociedade. Quando o indivíduo não é minimamente responsabilizado pelas suas situações de agravo em causas conhecidamente evitáveis, não possui estímulo ao autocuidado e colabora passivamente para o aumento da morbimortalidade por doenças que, caso contrário, teriam potencialmente um desfecho melhor. Tal quadro promove alocação sub-ótima de recursos, já que as necessidades de saúde são maiores do que a disponibilidade de recursos (FORTES, 2008).

Uma pesquisa publicada em 2018 (SCHWARTZ, 2020) com 1838 médicos, revelou que mais de 30% deles sentem prejuízos na relação-médico paciente ao relatarem que a sua motivação está diminuída para engajar-se nos problemas do paciente (SCHWARTZ, 2020). A qualidade do serviço oferecido também é prejudicada pela sobrecarga de pacientes, longas jornadas de trabalho, infraestrutura precária, falta de insumos básicos, flutuação frequente no quadro de funcionários, sucateamento dos equipamentos e a necessidade da tomada de decisões eticamente complexas devido a essas carências (DIAS, 2015).

Essa é uma das razões da necessidade de tornar o paciente como parte responsável e indispensável na produção de uma vida saudável. Políticas públicas que motivam as escolhas saudáveis são essenciais para adoção desses comportamentos (??) e (OPAS, 2018).

Com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como a hipertensão arterial - um dos focos desse trabalho - o autocuidado desempenha um papel imprescindível na antecipação e diminuição das variáveis fundamentais de risco, otimiza o tratamento e diminui as complicações (SBC, 2020).

## 3.2 O autocuidado e a relação com a obesidade

Apesar dos mecanismos não serem completamente elucidados, existe uma relação clara entre a obesidade e a hipertensão, principalmente quando o excesso de peso é composto de obesidade visceral (IBGE, 2000).

A obesidade é definida pela OMS como o “acúmulo excessivo de gordura corporal que apresenta riscos à saúde”. É considerada uma doença crônica não transmissível secundário ao desbalanço entre o consumo de alimentos e o gasto energético (FORTES, 2008). A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a obesidade como um grave problema de saúde pública com impacto direto na morbimortalidade (BRASIL, 2020b).

A obesidade visceral também é denominada gordura abdominal sendo reconhecida como o acúmulo de gordura ao redor dos órgãos, no peritônio, na borda dorsal do intestino e na superfície ventral do rim. Esse tecido adiposo é mais prejudicial do que o tecido adiposo subcutâneo porque secreta citocinas inflamatórias diretamente relacionadas a liberação de ácidos graxos livres (DIAS, 2015), disfunção endotelial, resistência insulínica e diminuição de óxido nítrico (COHEN, 2017).

Diversos estudos comprovam o correlacionam a redução de peso e os efeitos da diminuição do risco cardiovascular. A VII Diretriz de Hipertensão (2017) aponta uma redução de 20-30% na pressão arterial a cada 5% de peso perdido que pode ser resultado da diminuição da ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona (COHEN, 2017)

A VII Diretriz de Hipertensão (2017) recomenda a Dieta Dash porque seu benefício independe da perda de peso. Criada por norte-americanos especialmente para hipertensos é composta de alta ingestão de frutas, verduras, leite e derivados, cereais e redução da ingestão de carne vermelha. Uma das principais recomendações alimentares para redução da hipertensão arterial é a adoção de uma dieta equilibrada. (BRASIL, 2020a).

### 3.3 O autocuidado relacionado à prática de exercícios físicos

Indivíduos que praticam atividade física apresentam risco 30% menor de desenvolver hipertensão arterial que os sedentários e o aumento da atividade física diária reduz a pressão arterial. Portanto, a atividade física deve ser incentivada em toda a população. A prática de exercício físico regular é considerada benéfica para prevenção e tratamento de hipertensão arterial, além de reduzir a morbimortalidade cardiovascular (NOGUEIRA et al., 2012).

O exercício físico deve ser avaliado e prescrito em termos de intensidade, frequência, duração, modo e progressão. A escolha do tipo de atividade física deverá ser orientada de acordo com as preferências individuais, respeitando as limitações impostas pela idade (NOGUEIRA et al., 2012).

O treinamento aeróbio regular, como caminhada, corrida, dança e ciclismo reduz a pressão arterial de hipertensos e promove a saúde geral e melhora nos fatores de risco cardiovascular (BOUTCHER; BOUTCHER, 2016). Destarte, a VII diretriz brasileira de hipertensão arterial recomenda a prática desta modalidade pelo menos 3 vezes por semana por 30 minutos à qual reduz a PAS/PAD (pressão arterial sistólica/pressão arterial diastólica) em 2,1/1,7 em pré-hipertensos 8,3/5,2 mmHg em hipertensos (BRASIL, 2020a).

=. Também é desencadeada pelo efeito vasodilatador nas prostaglandinas e do óxido nítrico. A resposta hipotensora é influenciada por fatores como duração e tipo de exercício, estado clínico, idade, etnia e aptidão física do indivíduo. Após o exercício físico, tem-se resposta hipotensora com duração em torno de 22 horas à qual é causada pela redução dos níveis de noradrenalina e inibição da atividade simpática e redução dos níveis de angiotensina II, adenosina e endotelina e seus receptores no SNC, maior temperatura corporal interna e taxa metabólica, levando a diminuição da resistência vascular periférica e aumento da sensibilidade do barorreflexo (GHADIEH; SAAB, 2015). Assim, como relatado por diversos autores a hipotensão pós-exercício é consequência principalmente da redução da resistência vascular periférica, entretanto, alguns autores observaram que a diminuição da pressão pós-exercício nos idosos se devia da diminuição do débito cardíaco (NUNES et al., 2018).

A longo prazo, a atividade física causa alterações neuroendócrinas, imunológicas e vasculares, que incluem aumento do comprimento vascular, aumento do diâmetro da luz, neoangiogênese, aumento do número de esfíncteres pré-capilares, aumento significativo na produção de óxido nítrico vascular pela redução do estresse oxidativo, níveis diminuídos de proteína C reativa, citocinas inflamatórias e moléculas de adesão solúveis (NUNES et al., 2018).

Além disso, o exercício físico mostrou outros efeitos benéficos incluindo diminuição dos níveis plasmáticos de colesterol total, redução no colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-C), redução dos níveis de triglicérides plasmáticos, aumenta a sensibilidade à insulina e o metabolismo de glicose. recomendado para prevenção e tratamento da hipertensão arterial, visto que a redução de 5 mmHg na pressão arterial sistólica é responsável por diminuição de 14% na mortalidade por acidente vascular encefálico (AVE) e 9% na mortalidade por doença coronária, sendo assim, o exercício físico reduz a morbimortalidade da hipertensão arterial e patologias relacionadas (MARQUES et al., 2015).

## 4 Metodologia

O desenvolvimento e construção desta pesquisa e projeto de intervenção foi dividido em duas etapas: A primeira etapa compreendeu a revisão bibliográfica sobre o assunto e a segunda etapa uma pesquisa de campo.

Com a revisão bibliográfica buscou-se aprofundar o conhecimento sobre a importância do autocuidado como forma de evitar o adoecimento. Foi adotado como critério de seleção artigos científicos disponíveis em textos completos disponíveis nos bancos e bases de dados: National Institute of Health, SCIELO, PubMed e Cochrane Library, por meio das palavras chave: autocuidado; prevenção; pro atividade; coparticipação; hipertensão; atividade física. Durante os meses de abril a julho de 2020 foram selecionados artigos relacionados ao tema nas línguas português e inglês. Foram excluídos artigos com as palavras chave mas que não estivessem correlacionados com a ideia central de autocuidado.

A pesquisa de campo corresponde a observação para que seja realizada coleta com posterior análise e interpretação do fato e fenômeno observado. Assim será estudado o impacto da aferição regular da pressão arterial relacionado ao autocuidado, levando a manutenção dos níveis pressóricos dentro das metas estabelecidas. Como critérios de seleção, serão contemplados todos pacientes com HA que estão em acompanhamento pela equipe e que não apresentaram valor tensional satisfatório em pelo menos três das últimas cinco consultas realizadas pela equipe na UBS.

Como estratégia da atividade, os pacientes previamente receberão informações para sedimentar o impacto do risco cardiovascular e da importância do plano de metas pressóricas. Para isso, serão orientados a realizar aferições diárias da pressão arterial no período de 15 dias que antecedem a data da próxima consulta. A aferição deverá ser registrada no documento entregue pela equipe juntamente com a data e hora da verificação. Foi definido que a aferição poderá ser realizada em qualquer lugar, entretanto os pacientes serão orientados a dar preferência para a verificação na UBS para que se tenha um controle mais adequado da técnica.

Como estratégia complementar, será solicitado aos pacientes que sigam a rede social do projeto no endereço: <https://www.facebook.com/ranchofundonutrit/> em que serão postados conteúdos que promovem adesão ao autocuidado e temas afins.

Cronograma:

---

---

|                            | ago/20 | set/20 | out/20 | nov/20 | dez/20 | jan/21 |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Desenvolvimento do projeto | X      | X      |        |        |        |        |
| Aprovação pelo CEP         |        | X      |        |        |        |        |
| Seleção de Pacientes       |        | X      |        |        |        |        |
| Coleta de dados            |        |        | X      | X      |        |        |
| Tratamento dos Dados       |        |        |        |        | X      |        |
| Elaboração do Relatório    |        |        |        |        |        | x      |

---

---

## 5 Resultados Esperados

Com a execução da proposta de intervenção espera-se que:

1. a equipe de saúde da família torne-se mais bem capacitada para o atendimento dos pacientes com HA adscritos na UBS.
2. a educação continuada melhore o conhecimento dos pacientes com HA sobre sua patologia, fatores agravantes, os cuidados necessários e contribua para adesão a prática de exercícios físicos regulares, dieta balanceada e escolhas mais saudáveis, visando uma qualidade de vida progressa e contínua..
3. o conhecimento de seus níveis pressóricos e a relação do uso da medicação anti-hipertensiva com a pressão arterial adequada, favorecendoos níveis de engajamento a terapia farmacológica. O conhecimento dos níveis pressóricos implica diretamente na associação da regularidade na atividade medicamentosa. A utilização da metodologia da medida da pressão arterial para incrementar a adesão a terapia medicamentosa é embasado no efeito da automonitorização dos alvos terapêuticos de outras condições crônicas como a DM e tanto a medição ambulatorial (MAPA) quanto a medição residencial (MRPA) são medidas adequadas de controle. Existe um grande empenho e investimento monetário na busca de medicações e combinações efetivas, ao mesmo investimento em educar o paciente no uso de suas medicações(GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2012).
4. os valores tensionais dos pacientes selecionados estejam dentro das metas ou que ocorra aredução em comparação as medidas anteriores que foram utilizadas como critérios de seleção.
5. Sendo assim, espera-sedesenvolver uma cultura de maior participação no cuidado, com metas plausíveis de longo prazo, junto à equipe, não só para condições da HA, como também as outras condições crônicas de saúde associadas a ela.



## Referências

- ASSIS, M. A. A. de. *Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar*. Campinas: Revista Nutrição, 1999. Citado na página 12.
- BOUTCHER, Y. N.; BOUTCHER, S. Exercise intensity and hypertension: what's new? *Journal of Human Hypertension*, p. 1–8, 2016. Citado na página 17.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Mortes Evitáveis*: Nota técnica. 2020. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Obitos\\_Evitaveis\\_5\\_a\\_74\\_anos.pdf](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Obitos_Evitaveis_5_a_74_anos.pdf)>. Acesso em: 18 Jun. 2020. Citado na página 17.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Notificações registradas*. Brasília: DATASUS, 2020. Citado 3 vezes nas páginas 10, 16 e 17.
- COHEN, J. B. Hypertension in obesity and the impact of weight loss. *Curr Cardiol Rep*, p. 82–96, 2017. Citado na página 17.
- DIAS, E. C. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a associação nacional de medicina do trabalho. *Revista Brasileira Medicina do Trabalho*, p. 60–68, 2015. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- DIMATTEO, M. R. *Enhancing Patient Adherence to Medical Recommendations*. Chigaco: JAMA, 1994. Citado na página 12.
- FORTES, P. A. de C. Refl exão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Forum*, p. 696–701, 2008. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- FUZIKAWA, A. K. *O método clínico centrado na pessoa: um resumo*. 2020. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3934.pdf>>. Acesso em: 18 Jun. 2020. Citado na página 16.
- GHADIEH, A. S.; SAAB, B. Evidence for exercise training in the management of hypertension in adults. *Canadian Family Physician*, p. 233–239, 2015. Citado na página 18.
- GREZZANA, G. B.; STEIN, A. T.; PELLANDA, L. C. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. *Fundação Universitária de Cardiologia*, p. 1–7, 2012. Citado na página 21.
- IBC, E. *A IMPORTÂNCIA DE DESENVOLVER HÁBITOS DE AUTO-CUIDADO*. 2020. Disponível em: <<https://www.ibccoaching.com.br/portal/importancia-de-desenvolver-habitos-de-autocuidado/>>. Acesso em: 18 Jun. 2020. Citado na página 15.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Censo Demográfico*. Brasília: IBGE, 2000. Citado na página 16.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Censo Demográfico*. Brasília: IBGE, 2010. Citado na página 9.

- IGUAÇU, N. *Lei Municipal n° 2 952, de 17 de dezembro de 1998*. Nova Iguaçu: Diário Oficial. Câmara Municipal, 1998. Citado na página 9.
- IGUAÇU, N. *Lei Municipal n° 4.092, de 28 de junho de 2011*. Nova Iguaçu: Diário Oficial. Câmara Municipal, 2011. Citado na página 9.
- MARQUES, J. P. et al. A hipertensão arterial e o exercício físico: elementos para uma prescrição médica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, p. 46–50, 2015. Citado na página 18.
- MORAES, M. R. C. Autocuidado e gestão de si. São Paulo, n. 325, 2014. Curso de Sociologia, Universidade de São Paulo. Cap. 1. Citado na página 15.
- NOGUEIRA, I. C. et al. Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, p. 587–601, 2012. Citado na página 17.
- NUNES, N. et al. Hipotensão pós-exercício: mecanismos e influências do exercício físico. *Revista. B. Ciência e Movimento*, p. 99–105, 2018. Citado na página 18.
- OPAS, O. P. A. de S. *Dez principais causas de morte no mundo*. Brasília: OPAS/OMS Brasil, 2018. Citado 3 vezes nas páginas 12, 15 e 16.
- SBC, S. B. de C. *Cardiometro*. 2020. Disponível em: <<http://www.cardiometro.com.br/>>. Acesso em: 18 Jun. 2020. Citado na página 16.
- SCHWARTZ, L. *Estilo de vida e burnout médico no Brasil*. 2020. Disponível em: <<https://portugues.medscape.com/slideshow/65000099#1>>. Acesso em: 18 Jun. 2020. Citado na página 16.
- SEGALL, A.; GOLDSTEIN, J. Exploring the correlates of self-provided health care behaviour. *Social Science Medicine*, p. 153–161, 1989. Citado na página 15.