



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

João Antônio Sezinando Barboza Pessanha

Implementando estratégias de promoção de saúde para pacientes com Obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em comunidade do RJ

Florianópolis, Março de 2023

João Antônio Sezinando Barboza Pessanha

Implementando estratégias de promoção de saúde para pacientes
com Obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus
em comunidade do RJ

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: Ione Jayce Ceola Schneider
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

João Antônio Sezinando Barboza Pessanha

Implementando estratégias de promoção de saúde para pacientes
com Obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus
em comunidade do RJ

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

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Ione Jayce Ceola Schneider
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: Ao analisar dados da população adscrita da Unidade Básica de Saúde de Lagoa de Cima, Campos dos Goytacazes/RJ, podemos ver um padrão de desaceleração demográfica que, conseqüentemente, acarreta no aumento da prevalência de doenças crônicas. As principais doenças crônicas não transmissíveis desta população são a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus, que tem como importante comorbidade a obesidade. Essas doenças e suas complicações (como por exemplo: neuropatia periférica, artropatias, dislipidemias, cardiopatias etc.) são, seguramente, as que mais levam os pacientes a procurar o serviço de saúde. Observa-se, na população, uma resistência dos moradores quanto a medidas de prevenção em relação à saúde, com um predomínio da mentalidade hospitalocêntrica. Além disso, há falta de adesão ao tratamento medicamentoso, por descrença da necessidade de uso regular, e subestimam a importância da mudança do estilo de vida e o impacto positivo que pode haver no processo saúde/doença. **Objetivo:** Os objetivos confluem para a construção de um plano de ações de promoção de saúde (através principalmente da conscientização e estímulo a um estilo de vida saudável) para pacientes com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade. **Métodos:** A abordagem dos pacientes será multidisciplinar, com acompanhamento de nutricionista e educador físico, por exemplo. Além disso, a equipe da unidade será responsável por difundir informação acerca do tema, por meio de palestras e rodas de conversa. O progresso será acompanhado por antropometria nutricional. **Resultados Esperados:** Espera-se melhora na qualidade de vida dos pacientes envolvidos, além de impacto positivo na saúde mental e, a longo prazo, diminuição considerável nas complicações associadas à obesidade, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, como por exemplo Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio, Doença Renal Crônica, neuropatia periférica e amputações.

Palavras-chave: Atividade Motora, Diabetes Mellitus, Doença Crônica, Hábitos Alimentares, Hipertensão

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

A unidade em que trabalho (Unidade Básica de Saúde Lagoa de Cima), fica localizada no município de Campos dos Goytacazes e possui 1,652 habitantes cadastrados em sua área de abrangência (população adscrita). Ao analisar o perfil demográfico vemos que 357 (21,6%) são crianças de 0 a 12 anos, 141 (8,5%) são adolescentes de 13 a 17 anos, 933 (56,5%) adultos de 18 a 59 anos e 221 (13,4%) idosos com 60 anos ou mais. Além disso, a população está dividida em 821 (49,7%) pessoas do sexo masculino e 831 (50,3%) do sexo feminino.

Podemos observar pelo o que foi exposto, que uma pirâmide etária da população de Lagoa de Cima provavelmente se encontraria no estágio 3 (fase de desaceleração demográfica). Com isso, seria possível inferir aumento na prevalência de doenças crônicas. E esse exatamente o caso. Segundo os registros, há alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) (262 e 134 pacientes respectivamente, o que somados representam quase 25% da população). Além disso, na maioria das vezes, a obesidade como principal comorbidade. Essas doenças e suas complicações (como por exemplo: neuropatia periférica, artropatias, dislipidemias, cardiopatias etc.) são, seguramente, as que mais levam os pacientes a procurar nosso serviço de saúde.

Por outro lado, taxas de mortalidade materna/infantil nulas e cobertura vacinal de 100% em menores de 1 ano são dados que apontam para impactos positivos de políticas de saúde nessas áreas e estes fatores sugerem um bom grau de desenvolvimento da comunidade. Seria interessante realizar o Índice de Swaroop-Uemura para fins de comparação com outras áreas do município, porém não possuímos dados suficientes neste momento.

Ao realizar o diagnóstico social, é interessante mencionar que minha comunidade apresenta uma característica bem perceptível: existe a crença por boa parte da população a respeito da medicina com plantas. Muitos dos habitantes relatam usar, por exemplo, chás e xaropes feitos a partir de plantas cultivadas em seus quintais.

Nota-se, também, que existe resistência dos habitantes em realizar medidas preventivas em relação à saúde, com um predomínio da mentalidade hospitalocêntrica, ou seja, remediar a doença já instalada. Um exemplo típico seria pacientes hipertensos que acreditam ser necessário tomar medicações apenas quando estão sintomáticos, ao invés de utilizar anti-hipertensivos de forma contínua, a fim de evitar um agravamento de doenças cardiovasculares.

Do ponto de vista ambiental, a comunidade está vulnerável, primeiro pela falta de conhecimento de muitos, os quais não tem uma organização do lixo gerado pelo seu consumo, fazendo descarte em locais impróprios ou queimando-os. Além disso, historicamente Lagoa de Cima possui muitos pescadores; alguns que realizam a pesca mesmo estando no período de defeso, como também limpam os peixes dentro da lagoa, deixando os restos

na mesma. Tais fatos contribuem substancialmente para insalubridade.

Ademais, isso se torna ainda mais grave ao considerar que a maior parte das casas são construídas na orla da lagoa, ou seja, na área ambiental; as mesmas não possuem esgoto, são utilizadas fossas por todos os moradores, e grande parte utiliza água de poço (inclusive para consumo). Tudo isto implica diretamente nas condições de saúde da comunidade.

Por fim, como parte deste diagnóstico, algo a ser destacado é que a grande maioria dos habitantes que procuram a unidade são do sexo feminino. Nota-se que homens têm pouca iniciativa de procurar os serviços de saúde oferecidos e, quando o fazem, apresentam sintomas avançados.

Após análise minuciosa do perfil demográfico e do diagnóstico social/epidemiológico realizado sobre a população de Lagoa de Cima, foi identificado como grande problema a resistência dos moradores quanto a medidas de prevenção em relação à saúde, com um predomínio da mentalidade hospitalocêntrica, e acredito que este deve ser um ponto a ser priorizado em conjunto com a equipe a fim de realizar uma intervenção bem-sucedida.

Este problema abrange a toda comunidade, pois parece ser algo cultural. Porém, acontece principalmente entre pacientes diabéticos e hipertensos (comumente também obesos), e isso ganha enorme relevância porque, como já verificamos, estes constituem grande parte dos atendimentos realizados em nossa unidade. Os mesmos acreditam ser necessário tomar medicações apenas quando estão sintomáticos, ao invés de utilizar anti-hipertensivos/hipoglicemiantes de forma contínua a fim de evitar um agravamento de suas doenças, como evoluir com infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, neuropatia periférica, acidose diabética, etc.

Outrossim, subestimam a importância da mudança do estilo de vida e o impacto positivo que pode haver no processo saúde/doença. Sendo assim, minha equipe deve focar em aumentar a assiduidade dos pacientes e a adesão aos tratamentos; conscientizar pacientes sobre os benefícios da prevenção; e estimular exercícios físicos/alimentação saudável e acompanhar a evolução através de dados de antropometria nutricional (como IMC, por exemplo).

Durante minha formação, tendo atuado como monitor de saúde coletiva, sempre tive o entendimento de que devemos focar nossos maiores esforços em medidas preventivas para evitar o desenvolvimento da doença ou iniciar o tratamento a tempo de minimizar os danos à saúde do paciente. Além disso, o investimento em ações de prevenção/promoção de saúde implica em uma redução significativa de despesas com tratamento em fases avançadas de enfermidades e, por esses motivos, sou defensor deste conceito (prevenção).

Após investigação inicial, constatamos que praticamente 25% da população observada é diabético ou hipertenso e em provável tratamento irregular, podendo evoluir, então, com agravos como por exemplo neuropatia periférica/acidose diabética e IAM/AVC, respectivamente. Sabemos que essas complicações quando não fatais podem gerar sequelas incapacitantes, tendo consequências negativas físicas, psicológicas e financeiras – reper-

cussões negativas gerais na qualidade de vida do paciente. Tendo em vista a considerável parcela da população afetada, percebe-se que este estudo pode ser de grande valia para estas pessoas e até para seus dependentes.

Acredito que minha equipe tem boa governabilidade para realizar este projeto através de medidas relativamente simples e eficientes associadas a um processo de educação permanente, para assim promover melhorias reais na saúde da comunidade alvo.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Construir um plano de ações de promoção de saúde para pacientes com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade.

2.2 Objetivos específicos

Estimular exercícios físicos/alimentação saudável e acompanhar a evolução através de dados de antropometria nutricional.

Conscientizar pacientes sobre os benefícios da prevenção através de sala de espera e/ou campanhas.

Aumentar a assiduidade dos pacientes e a adesão aos tratamentos.

Reduzir a resistência às medidas de prevenção e minimizar a mentalidade hospitalocêntrica.

3 Revisão da Literatura

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e obesidade são agravos que integram um grupo denominado Doenças Crônicas Não Transmissíveis (constituído, também, por câncer e doenças respiratórias). Estas são as principais causas de mortalidade e incapacidade no mundo, representando aproximadamente 60% dos 56.5 milhões de óbitos anuais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A combinação de uma dieta desbalanceada e exercício físico insuficiente (hábitos comuns na sociedade moderna), tem culminado em uma alta incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (COSTA et al., 2011). No Brasil, em razão da urbanização, está havendo um aumento do sedentarismo e maior acessibilidade a alimentos industrializados que, por conseguinte, eleva a incidência de obesidade e diabetes mellitus (KRINSKI et al., 2006) .

A obesidade é comumente acompanhada de resistência insulínica, dislipidemia aterogênica, um estado pró-inflamatório e pró-trombótico; fatores de riscos significantes para doença cardiovascular (GRUNDY, 2002). Um estudo realizado por McMahan et al. (2006) foi além e correlacionou gordura corporal com aterosclerose coronariana. A adiposidade era calculada através do Índice de Massa Corporal (IMC), razão entre massa corporal (kg) e altura (m) elevada ao quadrado, e panículo adiposo e, segundo os resultados, um panículo adiposo mais grosso estava associado a maiores lesões das coronárias quando o $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$.

Outrossim, estes fatores de risco trazidos pela obesidade acima mencionados, resultam em lesão nas células endoteliais e, à vista disso, aumentam a produção de radicais livres, ocasionando arteriosclerose, que está fortemente relacionado com hipertensão arterial sistêmica (STEVENS, 2002). Dito isto, cerca de 95% dos casos de hipertensão arterial sistêmica não tem uma causa específica, sendo uma consequência multifatorial envolvendo elementos genéticos, dieta hipersódica, estresse e sedentarismo/obesidade (POLLOCK; WILMORE, 1993).

Similarmente, o tabagismo, através de mediadores vasoativos, também provoca disfunção endotelial. Somado a isto, a nicotina gera efeitos sobre o sistema nervoso simpático que provoca aumento da pressão arterial, aumento da frequência/contratilidade cardíaca e redução da oferta de oxigênio para os vasos e miocárdio (SOUSA, 2015). O que para Corrêa (2003) facilita a progressão da aterosclerose e diminui a sensibilidade à insulina. Em complemento, consumir quantidades moderadas diárias de álcool também prejudica o controle glicêmico, aumentando o risco de impotência sexual, neuropatia periférica e retinopatia, além de poder causar cetoacidose e hipertrigliceridemia (EMANUELE; SWADE; EMANUELE, 1998).

É fato científico conhecido que mudanças nos hábitos alimentares associadas à atividade física, podem influenciar positivamente em diversos fatores de risco na população (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003). Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2019), por exemplo, um estilo de vida adequado, dieta balanceada e prática regular de exercícios físicos é duas vezes mais eficaz que uma abordagem farmacológica. Já na obesidade, é primordial que haja um maior gasto energético do que o consumo energético diário, nos levando a uma conclusão inicial de que reduzir a quantidade ingerida de alimento seria o suficiente para o emagrecimento. Entretanto, foi observado que o melhor tratamento é constituído de aumento na quantidade de exercício físico praticada e na reeducação alimentar (CIOLAC; GUIMARÃES, 2004).

Krinski et al. (2006) resumiram bem quando apontou que atividade física regular frequente promove adaptações hemodinâmicas e autonômicas, reduzindo débito cardíaco e resistência vascular periférica. Essas modificações têm repercussões hipotensoras pós-exercício, resultando em maior transporte e captação de oxigênio, que por sua vez aumenta o uso de ácidos graxos como fonte energética pelo metabolismo basal, favorecendo a ação da insulina e diminuindo glicemia. Por fim, resulta em perda ponderal, o que leva a melhora da autoestima, saúde e qualidade de vida no geral.

É necessário que exista ações permanentes que tenham uma visão holística do paciente, focando não apenas no indivíduo, mas também nos aspectos sociais e culturais determinantes das doenças em questão, para estimular mudança na mentalidade e nos hábitos das pessoas. Ademais, para haver êxito nesta mudança de comportamento, as estratégias devem ser aplicadas rotineiramente em nível de atenção primária de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003). Neste caso, (COSTA et al., 2011) consideram que um cuidado vindo de uma equipe multidisciplinar é fundamental nas taxas de sucesso.

4 Metodologia

Considerando a relação da Obesidade com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, é necessário manter uma visão holística desses pacientes na hora de elaborar um planejamento com a finalidade de promover saúde. Com isso em mente, nossa estratégia é constituída pelas seguintes ações: estimular exercícios físicos/alimentação saudável; aumentar a assiduidade dos pacientes e a adesão aos tratamentos; conscientizar pacientes sobre os benefícios da prevenção e diminuir a resistência a tais medidas.

Para alcançarmos nosso objetivo, é importante que haja uma abordagem multidisciplinar. Sendo assim, é fundamental que tenhamos a assistência de uma nutricionista, pois a mesma fornecerá orientação dietética precisa para uma alimentação saudável, de uma forma individualizada para cada paciente. Do mesmo modo, um educador físico irá orientar atividades físicas/ exercícios em reuniões mensais de grupo e, posteriormente, grupos semanais de caminhada serão organizados pela equipe da unidade para estimular a prática. A evolução será acompanhada através de antropometria nutricional, tendo como principal parâmetro o Índice de Massa Corporal (IMC).

Além disso, para aumentar as chances de sucesso terapêutico, a equipe precisa aumentar a adesão dos pacientes e a assiduidade em relação as consultas. As ACS ficarão responsáveis pelo agendamento de consultas dos pacientes adscritos e por incentivá-los a manter um estilo de vida saudável e manter, também, o tratamento farmacológico simultâneo. Em caso de faltas, buscar conhecer/entender o motivo e realizar o reagendamento, para preservar um acompanhamento próximo.

Indubitavelmente, o principal obstáculo a ser enfrentado para que as medidas acima citadas sejam bem-sucedidas é a mentalidade hospitalocêntrica dos pacientes. Para mudarmos essa característica, ou ao menos minimizá-la, é essencial que invistamos na educação. À vista disso, cartazes informativos serão expostos na unidade; a conscientização também ocorrerá através de sala de espera. Ademais, médico e enfermeiro poderão realizar palestras e rodas de conversa a fim de disseminar conhecimento/informação com o intuito de instalar uma mentalidade preventiva.

5 Resultados Esperados

O objetivo principal pretendido pelas estratégias a serem instaladas é promover saúde e, conseqüentemente, aumentar a qualidade de vida dos pacientes envolvidos e acompanhados pela UBSF Lagoa de Cima, em Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro.

Os danos à saúde causados pela obesidade são bem conhecidos e consistentemente descritos na literatura; aumenta o risco de agravos cardiovasculares através de aterosclerose, além de aumentar a resistência insulínica, entre outros. Desta forma, a expectativa é que, a longo prazo, haverá diminuição considerável nas complicações das comorbidades associadas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus), como por exemplo Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Doença Renal Crônica, neuropatia periférica e amputações.

Conforme os pacientes vão evoluindo e alcançando um peso próximo do seu ideal (de acordo com o IMC), implementando a sua rotina hábitos saudáveis, espera-se melhora significativa em sua saúde. Atrelado a esta melhora, é coerente acreditar que seja possível interromper a progressão de um possível estado de polifarmácia, podendo haver, inclusive, descontinuação de medicamentos que não sejam mais necessários (desprescrição), o que por sua vez pode contribuir com a adesão dos pacientes ao tratamento.

Por fim, sabemos que o exercício físico traz inúmeros benefícios, como por exemplo, melhora na qualidade do sono, redução do estresse, diminuição das dores ósseas e aumento da massa muscular. Além disso, contribui para a produção de hormônios e neurotransmissores do bem-estar. Por conseguinte, espera-se um impacto positivo na saúde mental dos pacientes, reduzindo a incidência de casos de ansiedade/depressão ou até mesmo auxiliando no tratamento das mesmas.

Referências

- CIOLAC, E. G.; GUIMARÃES, G. V. Exercício físico e síndrome metabólica. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 10, n. 4, p. 319–324, 2004. Citado na página 16.
- CORRÊA, P. C. R. P. Tabagismo, hipertensão e diabetes - reflexões. *Revista Brasileira de Clínica Terapêutica*, v. 29, n. 1, p. 19–24, 2003. Citado na página 15.
- COSTA, J. de A. et al. Promoção da saúde e diabetes: Discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, p. 2001–2009, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- EMANUELE, N. V.; SWADE, T. F.; EMANUELE, M. A. Consequences of alcohol use in diabetics. *Alcohol Health Research World*, v. 22, n. 3, p. 211–219, 1998. Citado na página 15.
- GRUNDY, S. M. Obesity, metabolic syndrome, and coronary atherosclerosis. *Circulation*, v. 105, p. 2696–2698, 2002. Citado na página 15.
- KRINSKI, K. et al. Efeitos do exercício físico em indivíduos portadores de diabetes e hipertensão arterial sistêmica. *Efdeportes.com*, v. 10, n. 93, p. 1–10, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- MCMAHAN, C. A. et al. Pathobiological determinants of atherosclerosis in youth risk scores are associated with early and advanced atherosclerosis. *Pediatrics*, v. 2006, n. 118, p. 1447–1455, 2006. Citado na página 15.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. OPAS, Brasília, n. 1, 2003. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- POLLOCK, M. L.; WILMORE, J. H. *Exercício na Saúde e na Doença: Avaliação e Prescrição para Prevenção e Reabilitação*. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. Citado na página 15.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2017-2018. SBD, Rio de Janeiro, n. 1, 2019. Citado na página 15.
- SOUSA, M. G. de. Tabagismo e hipertensão arterial: Como o tabaco eleva a pressão. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 22, n. 3, p. 78–83, 2015. Citado na página 15.
- STEVENS, A. *Patologia, Tradução por Ida Cristina Gubert*. São Paulo: Manole, 2002. Citado na página 15.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO, Geneve, n. 1, 2002. Citado na página 15.