

# AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE EM HIPERTENSÃO E DIABETES EM TRÊS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Diva Maria Faleiros Camargo Moreno<sup>1</sup>; Isabel Visani<sup>2</sup>; Márcia Regina de A. R. Ruiz<sup>3</sup>; Lilian Muller<sup>4</sup>; José Carlos Bittencourt<sup>5</sup>; Andrea Focesi Pelicioni<sup>6</sup>

## Introdução

O aumento da esperança de vida no Brasil relaciona-se à elevação dos índices de prevalência de doenças crônico-degenerativas que ocorre com o progressivo aumento da população de adultos e idosos (IBGE 2006). Com isto, o controle da hipertensão arterial (HA) e diabetes melito (DM) ganham especial destaque, pela sua importância na redução da morbi-mortalidade relacionada a doenças do aparelho circulatório. Especialmente quando associados a outras condições como a obesidade, tabagismo, dislipidemias e sedentarismo, principais fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular encefálico, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca e complicações referentes a amputações. Dados obtidos pelo Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis por Inquérito Telefônico) estimam que, nas capitais no Brasil, a prevalência de DM é de 5,3% e de HA é 22,7%. Em idosos acima de 65 anos é de 18,6% para DM e de 57,7% para HA. Em São Paulo, 20% dos hipertensos sofrem complicações inerentes à doença e 50% têm DM associada (SMS-SP 2006). Diante dessa realidade, algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de São Paulo têm realizado, além das tradicionais consultas médicas e/ou de enfermagem individualizadas, ações coletivas voltadas a grupos de portadores de HA e DM. Com o propósito de avaliar essas ações de promoção da saúde em HA e DM, foi desenvolvida uma pesquisa, cujos resultados referentes aos estilos de vida e saúde dos participantes desses grupos são apresentados neste artigo.

## Metodologia

No período de junho a outubro de 2007 foram investigadas três UBS que possuem características diferenciadas quanto aos processos de trabalho e ao perfil de seus usuários. A UBS I iniciou os grupos educativos em 2005 e seu espaço não comporta ações coletivas com muitos participantes. A UBS II iniciou as ações em 2006 e opera sob a Estratégia Saúde da Família, inserindo o trabalho de agentes comunitários de saúde em suas ações coletivas. A UBS III tem grupos de HA e DM desde 2001. Nas três, as ações são organizadas a partir do encaminhamento de pacientes pela equipe. As orientações, sensibilização e trocas de informação ocorrem em quatro encontros conforme os temas:

- 1) Fisiopatologia da HA e da DM, fatores de risco e tratamento medicamentoso;
- 2) Alimentação saudável;
- 3) Práticas físicas e corporais; e
- 4) Controle da ansiedade e hábitos da vida cotidiana.

O número de participantes e o enfoque dos profissionais envolvidos variam em função dos recursos de cada UBS. No primeiro e último encontro são aferidas a pressão arterial e/ou glicemia, o peso corpo-

1. Educadora de Saúde Pública, UBS Vila Romana, CRS Centro-Oeste.

2. Enfermeira, Assessora Técnica, Supervisão Lapa/Pinheiros, CRS Centro-Oeste.

3. Fisioterapeuta, UBS Alto de Pinheiros, CRS Centro-Oeste.

4. Médica, UBSF Vila Piauí, CRS Centro-Oeste.

5. Médico, Supervisão Lapa/Pinheiros, CRS Centro-Oeste.

6. Orientadora da pesquisa, Doutora em Saúde Pública, Docente das Faculdades Metropolitanas Unidas.

ral e o índice de massa corpórea de cada participante. A população de estudo constituiu-se de portadores de HA e/ou DM participantes das ações coletivas desenvolvidas nas três UBS. Foram realizados três grupos focais com oito, nove e dez participantes respectivamente em cada UBS e aplicados 39 questionários, sendo oito na UBS I, 13 na UBS II e 18 na UBS III. No total foram 47 pessoas, sendo que alguns participaram dos dois procedimentos. Optou-se pela abordagem quali-quantitativa para a análise dos dados, com uso do programa estatístico EPI INFO para tabulação dos questionários. Esses continham questões sobre autoavaliação do estado de saúde, prática de atividade física, tabagismo, consumo de álcool e outros. Realizou-se pré-teste do questionário e do roteiro do grupo focal que acabaram sendo modificados (Moreno et al. 2007).

## Resultados

A idade dos participantes da pesquisa variou de 44 a 88 anos, com predominância da faixa etária de 60 a 69 anos (43,6%). A maior parte (66,7%) eram mulheres. O estado de saúde foi autoavaliado como *regular* pela maioria dos entrevistados das UBS I e II (62,5% e 61,5%, respectivamente) e como *bom* para os da UBS III (61,1%). Cerca de 53,3% dos entrevistados praticam atividade física nos níveis recomendados, ou seja, pelo menos cinco vezes por semana, por 30 minutos diários, o que está acima da média nacional de 15,5% (Vigitel-Brasil, 2008). As atividades praticadas com maior frequência são a caminhada e o alongamento. A inclusão de alimentos saudáveis na dieta apareceu como padrão habitual nas três unidades estudadas. A frequência de consumo diário de frutas (79,5%), leguminosas (59,0%) e hortaliças (82,0%) é superior aos índices do Vigitel, na faixa etária semelhante. Os índices do Vigitel são crescentes em relação à idade, variando entre 54,9% e 62,2% para o consumo de frutas e entre 56,3% a 59,1% para hortaliças. O tabagismo é apontado como inexistente nas UBS I e II, e referido por 12,8% dos entrevistados da UBS III. Os índices do Vigitel para o tabagismo decrescem com a idade, variando de 8,0% a 21,7% na população com 45 anos ou mais (Brasil 2008). A maioria negou o consumo de bebida alcoólica (82,1%). Quanto às atividades de lazer, na UBS I, 100% dos entrevistados afirmaram realizá-las, na UBS II, 30,8% e, na UBS III, 44,4%. Na análise qualitativa, os resultados mostram que a maior parte dos entrevistados adota estilo de vida e práticas de saúde concordantes com os conteúdos desenvolvidos nos grupos. Esse dado pode ser resultado das ações coletivas realizadas nas UBS pesquisadas, como pode ser observado nas falas colhidas nos grupos focais:

“(...) Eu gostei muito [da atividade em grupo], eu tenho pressão alta controlada, (...) Carne de porco eu não como e eu faço atividade, caminhada, mesmo assim tem dia que com tudo isto ela sobe [a PA]. Eu gostei muito da palestra, aprendi muito, a gente sempre está aprendendo” (entrevistada da UBS I). Outro entrevistado assinalou a importância das informações recebidas para compreender melhor os sinais e sintomas e controlar a doença: “(...) por causa das informações que estamos recebendo, tem muita coisa que acabei detectando. Hoje eu sei o que é a minha hipertensão, se a minha pressão está lá na “casa do chapéu” ou se eu estou com uma leve dor de cabeça. Antigamente eu achava que era tudo dor de cabeça, enxaqueca, hoje você consegue identificar e sanar problemas”.

Alguns entrevistados revelaram que o conhecimento sobre o que seria desejável não é suficiente para gerar mudanças nos estilos de vida, reforçando a necessidade de os profissionais trabalharem os valores e motivações dos usuários, bem como suas práticas efetivas. As falas a seguir exemplificam essa necessidade:

“(...) Mas a gente não coloca em prática. Foi explicado o que se deve fazer, o que não deve, mas... (...) a gente ouve tudo, mas acaba não praticando” (entrevistado da UBS I). “Alimentação controlada, exercícios... às vezes, como eu, eu não obedeco tanto, mas que ela [a profissional de saúde da UBS] explica, ela explica.” (entrevistado da UBS III).

A falta de apoio dos familiares é um dos fatores que dificultam as práticas de controle da doença conforme se pode perceber no seguinte depoimento:

“(...) A dificuldade principal é na família, nem todos obedecem o que deve ser feito, o que a gente aprende aqui. Ela [a companheira] tenta fazer coisa saudável, mas também não consegue, porque as crianças também não querem aquela comida dos velhos. São dificuldades que aparecem no dia a dia.” (entrevistado da UBS I).

Assim, evidencia-se a importância da inclusão das famílias nas estratégias de atuação das UBS. Pode-se questionar o efeito dessas ações educativas, apontando para a necessidade de os profissionais atentarem mais para o fato de que alguns usuários “resistem” à adoção de medidas essenciais para o controle da doença, por exemplo, o uso contínuo da medicação, tal como relatado a seguir:

“(...) Eu estou há cinco meses sem tomar o remédio. Minha pressão é alta (...). A dra. X me deu o remédio, mas o meu remédio acabou e eu falei: não! A pressão eu vou controlar ela sem remédio. (...) na farmácia quando eu meço a pressão eles me falam que eu preciso ir para o pronto-socorro, mas eu não vou. Meu remédio, faz cinco meses que acabou... (...) e aí, como a dra. X não está, eu vou ficar de novo sem o meu remédio, né? Eu tô sentindo que todo o dia ela está alta, mas eu estou convivendo...” (entrevistada da UBS III).

## Conclusões

O fato de não dispormos de dados anteriores à ação dos grupos sobre os hábitos de vida da população estudada limita o estabelecimento de uma associação positiva entre as ações de promoção de saúde realizadas e a aquisição de hábitos saudáveis. No entanto, chama a atenção os índices acima da média nacional em todos os quesitos avaliados, relativos aos fatores de proteção e risco, que podem ser indicativo de adoção de estilo de vida saudável obtido pelo resultado satisfatório do trabalho das equipes e seus parceiros. Os dados mostram que a população estudada dispõe de informações adequadas sobre hábitos alimentares saudáveis e práticas de atividades físicas, reconhecendo o benefício de adotá-los em suas vidas. O estudo identificou, ainda, como principais fatores a serem trabalhados pelas equipes: a) o envolvimento das famílias; b) o desenvolvimento de abordagens mais singularizadas para os indivíduos resistentes na adesão ao tratamento; e c) a modificação do caráter linear de transmissão de informação e conhecimento para um modelo que possibilite maiores trocas e compartilhamentos, o que seria esperado e desejado que ocorresse em dispositivos de trabalho grupal. Essas informações podem subsidiar os profissionais de modo a modificar seu enfoque educativo, pois o dispositivo grupal permite o estabelecimento de ligações afetivas entre seus membros favorecendo a aprendizagem e a construção de redes sociais de apoio para práticas de saúde efetivas. Considera-se, a partir deste estudo, que as ações coletivas de promoção da saúde são importantes para auxiliar no controle da HA e DM, principalmente se conduzidas de forma dialógica.

## Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL**: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília, DF: Núcleo de Comunicação/GAB/SVS, 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2007\\_final\\_web.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2007_final_web.pdf)>. Acesso em: 29 set. 2008.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 24 ago. 2006.

MORENO, D.M.F.C. et al. Avaliação da efetividade das ações de promoção de saúde em Hipertensão e Diabetes em três Unidades Básicas de Saúde de uma região do Município de São Paulo: o Pré-teste como recurso metodológico. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 10, s/d. **Anais Eletrônicos...** São Paulo: s.n., s/d. Disponível em: <<http://www.xcpcsp.fmb.unesp.br/#tema31>>. Acesso em: 24 ago. 2007.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Coordenadoria de desenvolvimento de programas e políticas de saúde**: protocolo de tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus na atenção básica. São Paulo: UNI REPRO, 2006.