

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

RENATA SERRA DE JESUS

**CARTILHA EDUCATIVA AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO E/OU
DIABETES PARA O ENFRENTAMENTO DE FATORES DE RISCO
MODIFICÁVEIS: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

RENATA SERRA DE JESUS

**CARTILHA EDUCATIVA AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO E/OU
DIABETES PARA O ENFRENTAMENTO DE FATORES DE RISCO
MODIFICÁVEIS: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO.**

Monografia apresenta ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem- Doenças Crônicas não Transmissíveis, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Profa. Ma. Patricia Magnabosco

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CARTILHA EDUCATIVA AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO E/OU DIABETES PARA O ENFRENTAMENTO DE FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Ma. Patrícia Magnabosco

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

Maturidade - A Responsabilidade de ser você mesmo

“Todos estão envelhecendo, desde o nascimento você está envelhecendo, a cada momento. Se a sua vida prosseguir numa linha horizontal, a linha cronológica do tempo (nascimento - infância -juventude -idade adulta-velhice), você será apenas um velho. Mas se a sua vida prosseguir verticalmente, para cima, você irá descobrindo que as reais riquezas estão dentro de você. Porque a linha vertical não conta os anos, conta as suas experiências e há grandes experiências na linha vertical enquanto que na linha horizontal só há declínio. Então, seguindo na linha vertical, você atinge a glória do envelhecimento, a sabedoria. Assim, em vez de se aborrecer com as leis do envelhecimento, observe em que linha o seu trem está se movendo. Sempre há tempo para mudar de trem, porque a todo o momento esta bifurcação está disponível. Você pode trocar do horizontal para o vertical. Só isso é importante.”

Osho

DEDICATÓRIA

Dedico este projeto ao meu pai querido, que se foi antes que eu tivesse conhecimento para auxiliá-lo no árduo processo de portador de Hipertensão e Diabetes. Muito já se passou desde essa época. E hoje, convivendo diariamente com portadores de doenças crônicas, supero a cada encontro o pesar de não poder ter lhe proporcionado o acolhimento em saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao mundo por mudar as coisas, por nunca fazê-las serem da mesma forma, pois assim não teríamos o que pesquisar o que descobrir e o que fazer, pois através disto consegui concluir a minha monografia.

À família e amigos, pelo estímulo e pelo apoio constante, em especial ao meu marido Tarcísio que não permitiu que o desânimo frente às inúmeras atividades do cotidiano me distanciasse do compromisso com este trabalho. .

À Orientadora Dra. Patrícia Magnabosco, pela competência, paciência e incentivo na orientação que tornaram possível a conclusão desta monografia.

SUMÁRIO

1 :INTRODUÇÃO.....	10
2 :OBJETIVOS	14
2.1: OBJETIVO GERAL.....	14
2.2: OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 : FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
3.1: CRONICIDADE.....	15
3.2: DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	15
3.3: HIPERTENSÃO & DIABETES.....	16
3.4: FATORES DE RISCO.....	17
3.4.1: TABAGISMO.....	17
3.4.2: ATIVIDADE FÍSICA INSUFICIENTE.....	18
3.4.3: ALIMENTAÇÃO NÃO SAUDÁVEL.....	19
3.4.4: USO NOCIVO DE ALCOOL.....	20
3.5: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	20
3.6: EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	21
4: METODOLOGIA.....	23
5: RESULTADOS/ANÁLISE.....	25
6: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30

LISTA DE QUADROS

QUADRO1. Proposta de apresentação e atividades para a confecção da cartilha.....	27
--	----

RESUMO

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial são importantes fatores de risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e apresenta índices de prevalência cada vez maiores no Brasil e no mundo. O objetivo deste trabalho foi propor a elaboração de uma cartilha de apoio aos portadores de hipertensão e /ou diabetes vinculado à Estratégia Saúde da Família da Vila do Patauí, município de São João de Pirabas, para o enfrentamento de fatores de risco modificáveis visando o fortalecimento do auto cuidado. Trata-se de um relato de experiência com proposta de construir coletivamente um instrumento de trabalho, considerando a realidade local, na forma de cartilha educativa, direcionadas a abordagem de fatores de risco modificáveis, tais como: tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável. Acreditamos que este trabalho trará benefícios para a atualização do profissional, assim como, proporcionará o fortalecimento de atitude positiva diante da vida e de condição crônica para estimular o autocuidado, culminando com a adesão a hábitos de vida saudáveis pelos hipertensos e diabéticos. A proposta é apresentar um projeto intervencional com elaboração conjunta com os profissionais utilizando o processo de educação em saúde e fornecer ferramentas para trabalhar informação, reflexão e a provocação de novas atitudes nos usuários, que devem ser envolvidos no planejamento, na ação, na avaliação das necessidades de aprendizagem e na organização do material, de forma que o processo de aprendizado seja contextualizado, participativo e dialógico.

Palavras-chaves: Doenças crônicas não transmissíveis, Hipertensão, Diabetes, fatores de risco, educação em saúde.

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% dos óbitos em 2008. Aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa renda. A maioria dos óbitos por DCNT são atribuídos às doenças do aparelho circulatório (DAC), seguida do ao câncer e doenças respiratórias crônicas. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebidas alcoólicas, inatividade física e alimentação inadequada (Ministério da Saúde, 2011).

No Brasil estão ocorrendo mudanças no perfil epidemiológico onde é possível verificar a redução da proporção de crianças e jovens e o aumento da proporção de idosos e sua expectativa de vida, bem como a mudança no estilo de vida da população. E essa mudança se faz de forma acelerada e, em breve, teremos pirâmides etárias semelhantes às dos países europeus. Tais transformações trazem desafios para todos os setores, impondo à necessidade de se repensar a dimensão da oferta de serviços necessários para as próximas décadas (IBGE, 2008).

Em termos de mortes atribuíveis, os grandes fatores de risco globalmente conhecidos são: pressão arterial elevada (responsável por 13% das mortes no mundo), tabagismo (9%), altos níveis de glicose sanguínea (6%), inatividade física (6%), e sobrepeso e obesidade (5%) (WHO, 2009a).

Muitos dos principais problemas de saúde atualmente estão relacionados com a demora na prestação dos serviços, a falta de apoio dos profissionais aos usuários para cuidar de sua saúde, a fragmentação da atenção, a falta de serviços adequadamente desenhados e coordenados para resolver os problemas das patologias mais prevalentes (WHO, 2000).

Quanto à falta de apoio dos profissionais de saúde aos usuários e a fragmentação da atenção, presencio em minha prática cotidiana, atuante como enfermeira da Estratégia Saúde da Família, que estes problemas podem estar relacionados à falta de conhecimento e prática em relação ao manejo adequado ao portador de condições crônicas de saúde e suas nuances. A fragmentação da assistência é prejudicial na medida em que, é imprescindível a esse público crônico que se destine um acompanhamento multiprofissional, o que resulta em consequências negativas para eficiência e equidade dos sistemas de saúde. Sendo

imperioso um olhar diferenciado e amplo da condição do doente crônico, olhar que considere as determinantes sociais, ou seja, fatores culturais, econômicos, sociais, psicológicos, de convivência familiar, os quais resultam em comportamentos do indivíduo e que irão determinar sua adesão ou não ao tratamento.

Para alcançar tais resultados é necessário realizar um trabalho em equipe que tenha uma visão holística do ser humano e atenda todas as suas necessidades a fim de garantir uma assistência de qualidade aos portadores de hipertensão arterial e diabetes.

A realidade da comunidade em que atuo, localizada na cidade de São João de Pirabas, segue a realidade nacional. Existe um expressivo contingente de portadores de Hipertensão e / ou Diabetes predominando entre as demais condições crônicas de saúde. É perceptível também a falta de adesão ao tratamento desta população frente às ações preventivas e de promoção à saúde.

Segundo dados do Ministério da Saúde, (Internações por ano de processamento, segundo lista morb. CID 10 - SIH/SUS, 2014), no Hospital de Pequeno Porte de São João de Pirabas, nos últimos três anos ocorreram 92 internações por complicações de Diabetes Mellitus; já em relação às doenças do aparelho circulatório ocorreram 83 internações por Hipertensão essencial (primária), 07 por outras doenças hipertensivas, 07 por IAM (infarto agudo do miocárdio), 03 por outras doenças isquêmicas do coração, 36 por insuficiência cardíaca, 30 por AVC (acidente vascular cerebral).

O Posto de Saúde da Vila do Patauá, onde atuo como enfermeira, apresenta uma particularidade. O Posto de Saúde está vinculado a uma Estratégia Saúde da Família. A cerca de 4 anos fui transferida para essa comunidade da Zona Rural, que dista cerca de 12 km da zona urbana e 18 km da estratégia da qual é vinculada (ESF de Japerica, também localizada em zona rural) ,por discordar da gestão da saúde na época, extremamente coercitiva. Fato é que, considerando que a comunidade não poderia de forma alguma ser penalizada pelas atitudes da gestão, procurei ordenar minhas atividades tal qual a uma ESF.

Assim, passados 4 anos, conseguimos compor uma equipe mínima de ESF, com enfermeira/Coordenadora, médico, técnica em enfermagem e duas agentes de saúde e apoio do NASF(Núcleo de Apoio à Saúde da Família). A partir de reuniões com a comunidade conseguimos a ampliação do Posto, que ganhou sala de vacina, equipamento permanente para coleta de preventivo (antes era remanejado da ESF da

qual é vinculado), entre outras conquistas, sendo a mais recente obtida na Conferência Municipal de Saúde passada, na qual conseguimos que o Posto passasse pela requalificação, tornando-se ESF da Vila do Patauá, apenas uma formalização do que já é uma realidade.

O posto da Vila do Patauá, pertence ao Município de São João de Pirabas/PA. Localiza-se na microrregião de Salgado, mesorregião do Nordeste Paraense. O município possui, segundo dados do IBGE 2013, 21.536 mil habitantes e 709 km². Foi criado em 1989, e dista cerca de 200 km de nossa capital Belém.

O município é localizado em região litorânea, tendo como principal atividade a pesca artesanal e algumas iniciativas de pesca industrial. Assim, apesar de se localizar em região central, a vila do Patauá, possui ligação com o Mar através de seus Igarapés, o que determina sua condição de Vila pesqueira.

A população da Vila é marcadamente idosa, uma vez que os adultos jovens têm optado por deixar a zona rural à procura de melhores condições de vida, uma vez que não há significativos investimentos nas potencialidades da região. Compondo esse cenário, temos alguns adultos jovens que persistem na tentativa de permanecerem em seu lugar de origem, adolescentes, crianças (boa parte filhos de mães e pais adolescentes, o que representa outro agravamento da localidade, ou seja, grande número de gravidez na adolescência).

O Posto apresenta como área de abrangência a sede da Vila e mais quatro localidades adstritas (Laranjal, Goiabal, Anta e Bom Jardim), possuindo cerca de 250 famílias sob sua jurisdição de saúde.

A comunidade conta com energia, com abastecimento de água fornecido através de poços artesianos, sendo que a água distribuída não recebe tratamento; não há rede de esgoto municipal, assim a maioria das moradias possui fossa asséptica (fossa negra), não há coleta de lixo, assim o destino se dá através de queimada, ou é enterrado. A pavimentação asfáltica está presente apenas na rua principal. A prática de uma agricultura é de pouca expressividade, com predomínio da de subsistência (milho, mandioca e hortaliças).

A partir das leituras disponíveis no curso de Linhas de Cuidados pude perceber com mais clareza a situação que sempre me incomodou no serviço onde atuo. E dentre algumas, a desarticulação da equipe e a falta de adesão ao tratamento pelos usuários portadores de hipertensão e diabetes foram as que mais se destacaram. Daí surgiram os seguintes questionamentos. Será que o usuário está sendo abordado

de forma adequada? A equipe está imprimindo todo seu potencial no cuidado ao portador de condições crônicas de saúde?

Assim, como forma de reorganizar a atenção aos portadores de hipertensão e/ou Diabetes, da ESF da Vila do Patauá optei em elaborar um instrumento educativo em forma de cartilha (com apoio da equipe), cuja finalidade é fornecer apoio tanto à equipe quanto ao paciente. Pois facilitará o acompanhamento por parte do profissional, na medida em que dinamiza a abordagem, tendo enfoque na responsabilização do paciente por seu tratamento, objetivando desconstruir a ideia de que sua saúde depende apenas de tratamento medicamentoso, mas, sobretudo de mudança nos hábitos de vida. Os usuários do serviço serão convocados a serem protagonistas de suas histórias e não meros coadjuvantes de suas condições crônicas.

2 .OBJETIVOS

2. 1.Geral:

Construir coletivamente um instrumento de trabalho na forma cartilha de apoio aos portadores de hipertensão e /ou diabetes para o enfrentamento de fatores de risco modificáveis, visando o fortalecimento do auto responsabilização do portador crônico, vinculado à Estratégia Saúde da Família da Vila do Patauá, município de São João de Pirabas.

2.2. Específicos:

- Reorientar a abordagem ao portador de Hipertensão e /ou Diabetes, oferecida pela equipe da ESF da Vila do Patauá, com ênfase ao enfrentamento dos fatores de risco modificáveis.
- Fomentar o entrosamento da equipe através da construção coletiva do instrumento de apoio, dinamizando o processo de abordagem multidisciplinar.
- Fortalecer a prática da auto responsabilização do portador de Hipertensão e/ou Diabetes, para que ele se perceba protagonista de sua história e transformador de sua realidade.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

3.1. CRONICIDADE

A doença crônica é uma condição incapacitante que requer longo tempo de cuidado, bem como, ação contínua e concomitante de prevenção primária, secundária e serviço de reabilitação. Na doença crônica, o processo de cura é muito lento, ou mesmo, inexistente com a idade, gerando incapacidade residual e, algumas vezes, frequentes recorrências da doença.(FREITAS, MENDES,2007).

De acordo com a OMS (2003), a condição crônica é aquela que persiste e necessita de certo nível de cuidados permanentes, requer gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas e engloba as doenças crônicas não transmissíveis (Doenças cardiovasculares, Diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas) ; doenças transmissíveis persistentes (HIV/AIDS ,tuberculose entre outros):distúrbios mentais de longo prazo (depressão, esquizofrenia entre outros) e as deficiências físicas/estruturais como amputações, cegueiras e transtornos das articulações. E apesar de tão distintos, guardam relação entre si sob o aspecto de apresentarem como característica em comum, longo período de permanência.

3.2. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda da qualidade de vida com alto grau de limitações nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza. Como nos outros países, no Brasil as DCNT também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de morte com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3%),câncer (16,3%), diabetes(5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%),(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A prevalência de DCNT e o número de mortes têm expectativa de aumento substancial no futuro, devido ao crescimento e envelhecimento populacional, em conjunto com as transições econômicas e as resultantes mudanças de comportamento

e dos fatores de risco ocupacionais e ambientais. As DCNT atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis.

O principais fatores de risco para DCNT são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto (MALTA et al, 2006).

3.3. HIPERTENSÃO e DIABETES

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença cardiovascular mais prevalente do Brasil. Quanto à prevalência do DM (Diabetes Mellitus) no mundo, existem mais de 346 milhões de indivíduos, enquanto que no Brasil existem cerca de cinco milhões de pessoas diagnosticadas com essa doença. (MIYAR OTERO, 2010).

Estima-se que entre 22,3% e 43,9% da população adulta apresentem valores de pressão arterial (PA) > 140 mmHg (sistólica) e > 90 mmHg (diastólica) (Neder, M.M., et al 2006). Estudos demonstraram que alguns dos principais fatores que impactam na qualidade de vida dos hipertensos são as complicações da doença e os efeitos adversos dos medicamentos anti-hipertensivos.

Destaca-se que a HAS está relacionada no Brasil com 35% dos óbitos totais causados por doenças cardiovasculares (CAVALARI et al 2012).

A proporção é de uma pessoa com a doença em cada dez adultos (American Diabetes Association, 2012). No Brasil, tanto a prevalência da HAS quanto do DM tem aumentado nas últimas décadas, em especial quando associadas. (Freitas LRS, 2012)

O aumento global da prevalência da HAS e do DM representa importante prejuízo à qualidade de vida e incorre em altos encargos para os sistemas de saúde. Medidas educativas são apontadas como importantes estratégias de prevenção e acompanhamento que visam à melhoria da saúde e da qualidade de vida, além de colaborar com a diminuição das complicações e dos custos assistenciais decorrentes dessas doenças (PEREIRA, 2009).

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada, ao mesmo tempo, uma doença e um fator de risco, representando um grande desafio para a saúde pública, pois as doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de morte no Brasil. É

definida quando encontrados valores pressóricos para pressão arterial sistólica acima de 140mmHg e diastólica acima 90mmHg. A pressão arterial limítrofe é aquela com valores sistólicos entre 130-139mm Hg e diastólicos entre 85-89mm Hg, enquanto que a pressão arterial normal sistólica < 130mm Hg e diastólica < 85mm Hg. Já para a pressão arterial classificada como ótima, a pressão arterial sistólica deve estar <120mmHg e diastólica <80mmHg. (PIERIN et al, 2010)

O DM é uma síndrome de alterações metabólicas e hiperglicemia devido à deficiência absoluta ou relativa da secreção de insulina e / ou redução de sua eficácia biológica (Mancini MC, 1999). Acomete 7,6% da população brasileira (ANAD, 2010). É frequentemente dito a seu respeito que “é um dos mais graves problemas de saúde, sendo a 3ª maior causa de morte no mundo, superada apenas pelas doenças cardio-circulatórias e câncer” (WHO, 1991).

3.4.FATORES DE RISCO

Fatores de risco são os componentes que podem levar à doença ou contribuir para o risco de adoecimento e manutenção de agravos de saúde. Em outras palavras, é a probabilidade de que indivíduos sadios, mas expostos a determinados fatores adquiram uma doença (PEREIRA, 1995).

Existem dois grupos distintos de fatores de riscos, ou seja, os fatores não controláveis, ou não modificáveis, tais como: idade, sexo, etnia e hereditariedade. E os fatores controláveis, ou modificáveis, ou ainda comportamentais, dentre os quais, podem-se destacar como principais: tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada (BRAUNWALD, 1999).

3.4.1.TABAGISMO

O tabagismo ativo no Brasil, em 1989, ceifava 80 mil vidas ao ano, segundo a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. A estimativa atual é que 120 mil brasileiros morram todos os anos em decorrência do tabagismo. No Brasil existem hoje em torno de 36 milhões e 500 mil fumantes (32,5% da população acima de 15 anos (IBGE, 2008).

Embora o fumo não seja um fator de risco para o desenvolvimento da HAS, sabemos que fumar está associado com um aumento na variabilidade da pressão arterial e que hipertensos que fumam têm maior risco de desenvolverem hipertensão maligna, nefro esclerose e de morrer de hipertensão. A aterosclerose ocorre de forma mais extensa e precoce nos diabéticos do que na população em geral. É bem conhecido o efeito aterosclerótico do fumo. O tabagismo é promotor da progressão da nefropatia diabética nos pacientes portadores de DM (ROSENBERG, 2006).

O tabaco potencializa o seguimento de alguns prejuízos relacionados à condição de hipertensão arterial e diabetes que são: cardíacas: infarto, angina pectoris, morte súbita; cerebrovasculares: AVC, derrame sub-aracnóide e Vasculares: disfunção endotelial, aterosclerose, aneurisma aorta, doença arterial oclusiva periférica, tromboangeíte, obliterante, dislipidemia. O fumo é responsável por quase 10% das doenças cardiovasculares (DUNCAN, et al., 2012).

3.4.2. ATIVIDADE FÍSICA INSUFICIENTE

O sedentarismo ou inatividade física é um dos principais fatores de risco para o aparecimento de DCNT, dentre elas a HAS e DM. É definido como a falta ou grande diminuição de atividade física. Para deixar de fazer parte do grupo de sedentários, indivíduo precisa gastar no mínimo 2.200 calorias por semana em atividades físicas. (WHO, 2004).

Estima-se que 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano devido à inatividade física. Pessoas que são insuficientemente ativas têm entre 20% e 30% de aumento do risco de todas as causas de mortalidade. Atividade física regular reduz o risco de doença circulatória, inclusive hipertensão, diabetes, câncer de mama e de cólon, além de depressão. (WHO, 2010b)

As doenças crônicas degenerativas ou doenças não transmissíveis, como a hipertensão, a obesidade, o diabetes, o câncer e as doenças cardiovasculares, tem sido fortemente associadas ao estilo de vida negativo, ou seja, a alimentação inadequada, stress elevado e inatividade física (NAHAS, 2003).

O Sedentarismo, que vem sendo considerada uma das novas doenças do milênio e que se faz presente com maior frequência na população mundial, é um dos principais fatores para o desenvolvimento das doenças crônicas degenerativas. A falta ou grande diminuição de atividade física causa vários males para o ser humano.

Cada vez mais pessoas deixam de realizar algum exercício físico, o que podendo ser fator de risco para várias doenças. Desta forma, é importante desenvolver um estilo de vida ativo para a promoção da saúde (NAHAS, 2003).

3.4.3. ALIMENTAÇÃO NÃO SAUDÁVEL

Dados obtidos em quatro grandes pesquisas representativas sobre compras de alimentos pelas famílias do Brasil, entre meados da década de 1970 e meados da década de 2000, sugerem uma redução na compra de alimentos tradicionais básicos, como arroz, feijão e hortaliças, e aumentos notáveis na compra de alimentos processados, acarretando aumento no consumo de gorduras saturadas e sódio (LEVY et al, 2009. In: SCHMIDT et al, 2011). Esses dados ratificam as informações disponíveis sobre o consumo de alimentos considerados marcadores de padrões saudáveis e não saudáveis de alimentação disponibilizadas pelos inquéritos nacionais.

A maioria das populações consome mais sal que o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a prevenção de doenças. O grande consumo de sal é um importante determinante de hipertensão e risco cardiovascular (WHO, 2010c). A alta ingestão de gorduras saturadas e ácidos graxos trans está ligada às doenças cardíacas (HU et al, 1997). A alimentação não saudável, incluindo o consumo de gorduras, está aumentando rapidamente na população de baixa renda (WHO, 2011).

A terapia nutricional é fundamenta no tratamento de HAS e DM para a orientação e manutenção do estado metabólico adequado, com a melhora da sensibilidade à insulina, a diminuição dos níveis plasmáticos de glicose, melhora dos níveis pressóricos, a redução da circunferência abdominal e níveis de LDL-C e triglicérides, além do aumento de HDL-C e da prevenção das complicações tardias. (KLEIN et al.,2004)

3.4.5. USO NOCIVO DO ÁLCOOL

Cerca de 2,3 milhões de pessoas morrem a cada ano pelo consumo nocivo de álcool, correspondendo a 3,8% de todas as mortes do mundo (WHO, 2009b). Mais da metade desses óbitos são causados por DCNT, incluindo câncer, doenças do aparelho circulatório e cirrose hepática. O consumo per capita é mais alto em países de alta renda (WHO, 2011).

O consumo regular de álcool é fator de risco para estas doenças crônicas. Um indicador normalmente adotado é o consumo abusivo do álcool. No Plano brasileiro de enfrentamento de DCNT, foi utilizado o seguinte indicador: consumo, em uma única ocasião, de 4 ou mais doses em mulheres e de 5 ou mais doses em homens (BRASIL, 2012).

3.4. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) cabem às equipes de saúde da família as ações comunitárias e individuais que visem informar à comunidade como prevenir a doença, identificar grupos de riscos, fazer diagnóstico precoce e abordagem terapêutica, manter o cuidado continuado, educar e preparar portadores e famílias a terem autonomia no autocuidado, monitorar o controle e prevenir complicações buscando a melhoria da qualidade de vida da população.

Diante de todas essas condições o Ministério da Saúde propõe ampliar as ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e de qualificar o cuidado às pessoas com doenças crônicas. O Ministério da Saúde propõe o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, reconhecendo a importância da Atenção Básica, na abordagem desses agravos, feita por meio do modelo de atenção programática denominada HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) que possibilita o desenvolvimento de ações contínuas e de alta capilaridade.

Sugere que o cuidado ofertado deva ir além do binômio queixa-conduta, que permita identificar assintomáticos, monitorar o tratamento, estabelecer vínculos entre equipe de saúde-pacientes-cuidadores e realizar educação em saúde, incorporando a realidade social do paciente a esse processo (CONASS, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS) considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e busca a promoção de sua

saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (CONASS, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu na atenção primária e com uma tradição de utilização de equipes multiprofissionais, envolvendo médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Posteriormente, introduziu-se a equipe de saúde bucal. Contudo, a situação brasileira de doenças com forte predomínio de condições crônicas exige um novo modelo de atenção a essas condições, o que convoca a utilização, como membros orgânicos das equipes da ESF, de outros profissionais como: o assistente social, o farmacêutico clínico, o fisioterapeuta, o nutricionista, o profissional de educação física, o psicólogo, entre outros que, constituirão, juntamente com o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem, o agente comunitário de saúde e os profissionais de saúde bucal, uma equipe padrão da ESF. Essa equipe deverá ter um gerente profissional incorporado a ela e poderá se responsabilizar por uma população adstrita em torno de 3.000 pessoas (MENDES, 2012).

3.6. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde combina múltiplos determinantes do comportamento humano com diversas experiências de aprendizagem e intervenções educativas apresentando-se como uma atividade sistematicamente planejada. Ela facilita, predispõe e reforça medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde. (CANDEIAS, 1997)

As ações com caráter educativo constituem apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, especificamente no que se refere à habilidade de organizar o componente educativo em programas desenvolvido em ambientes diferentes, nos mais diversos níveis de atuação (CANDEIAS, 1997). Estas são, contudo, ações inerentes ao processo de cuidar. As estratégias utilizadas para realizar a educação em saúde são de suma importância, pois poderão estimular a participação ativa do indivíduo, valorizando o diálogo como construção compartilhada de conhecimentos (ACIOLI, 2010).

Entende-se como educação em saúde as experiências de aprendizagem delineadas para facilitar ações voluntárias de saúde. O ato de facilitar tem o significado de predispor, possibilitar e reforçar, sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações-medidas comportamentais adotados por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional, sobre sua saúde (CANDEIAS, 2009). Ainda segundo o mesmo autor, a promoção à saúde preconizada é a que contém a mescla de múltiplos determinantes de saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida).

4. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência com proposta de implementação de ação educativa através da confecção de uma cartilha destinada aos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus da ESF da Vila do Patauí, pertence ao Município de São João de Pirabas/PA. Localiza-se na microrregião de Salgado, mesorregião do Nordeste Paraense. O município possui, segundo dados do IBGE 2013 ,21.536 mil habitantes e 709 km². Foi criado em 1989, e dista cerca de 200 km de nossa capital Belém.

O Posto apresenta como área de abrangência a sede da Vila e mais quatro localidades adstritas (Laranjal, Goiabal, Anta e Bom Jardim),possuindo cerca 250 famílias sob sua jurisdição de saúde.

O município é localizado em região litorânea, tendo como principal atividade a pesca artesanal e algumas iniciativas de pesca industrial. Assim, apesar de se localizar em região central, a vila do Patauí, possui ligação com o Mar através de seus Igarapés, o que determina sua condição de Vila pesqueira.

Primeiramente a proposta será apresentada para toda a equipe de profissionais atuantes no serviço para sensibilizá-los da importância do envolvimento multiprofissional na assistência ao portador de HAS e DM e, com isso, conseguir a colaboração de diferentes áreas do conhecimento para a construção da cartilha.

A cartilha será construída considerando a realidade local na qual a população está inserida. A construção coletiva visa promover a discussão da temática

hipertensão e /ou Diabetes e os fatores de riscos modificáveis associados, o que tanto contribuirá para a atualização do profissional neste processo, assim como terá a finalidade de proporcionar o fortalecimento de uma atitude positiva diante da vida e de sua condição crônica para desenvolver a capacidade de autocuidado e autopromoção da saúde, através do enfrentamento de fatores de risco modificáveis, culminando com sua adesão a hábitos de vida saudáveis.

A cartilha será aplicada inicialmente de forma individualizada, durante as consultas de rotina e será disponibilizada ao paciente, para em seguida ser trabalhada de forma coletiva com os grupos de atenção à saúde, já instituídos no cotidiano da Estratégia Saúde da Família.

De acordo com Leavell e Clark (1976) a prevenção de doença pode ser definida como uma ação prévia, baseada no conhecimento da história natural com o propósito de dificultar o avanço da doença. Sendo assim as intervenções preventivas teriam a finalidade de coibir a manifestação de agravos específicos, o que denominamos de prevenção primária, ou quando se atua promovendo a cura, atenuando-se os danos o que chamamos de prevenção secundária, até se atingir o nível de prevenção terciária, em que o propósito maior é a reabilitação do indivíduo com um quadro patológico instalado.

Sendo assim a promoção da saúde torna-se um dos pilares da prevenção primária, e esta envolve um conjunto de práticas para aumentar a saúde e o padrão de qualidade de vida com o foco no paciente, seu ambiente e estilo de vida (FIGUEIRA et AL, 2009).

Pretende-se com isso, dinamizar a prática da educação permanente no município, pois já temos constituída em nossa região do Rio Caetés, a Comissão de Integração de Ensino Saúde.

A educação permanente em saúde se apoia no conceito de “ensino-problematizador”, ou seja, inserido de maneira crítica na realidade e sem superioridade do educador em relação ao educando. Assim como se apoia ao conceito de aprendizagem significativa, que se caracteriza por se interessar nas experiências anteriores e nas vivências pessoais, do cotidiano do trabalho (CARVALHO et al,2006).

5. RESULTADOS/ANÁLISE

O fato de incentivar a participação dos profissionais a experiencarem as atividades de promoção do cuidado ao portador de Hipertensão e/ou Diabetes está embasada na proposta pedagógica progressista de Libâneo (1985), que propõe práticas educativas nas quais se articula a correlação entre os conteúdos, a experiência e cultura dos “educandos” e, também, com atividades práticas sobre o tema, embasadas na teoria cognitivo-comportamental.

A pedagogia progressista contribui no desenvolvimento de competências e articula conhecimento, capacidade de tomar decisões e de assumir responsabilidade por elas, capacidade de transigir com normas e de atingir resultados. O “educando” é motivado pela percepção dos problemas reais cuja solução se converte em reforço, à aprendizagem esta ligada a aspectos significativos da sua realidade e busca-se o desenvolvimento de habilidades intelectuais de observação, análise, avaliação, compreensão e extrapolação(LIBÂNEO, 1995).

O intercâmbio e cooperação com os demais membros do grupo geralmente levam a superação das dificuldades porque contribuem com a construção de uma visão sobre a “autonomia possível” e a necessidade de mediar interesses pessoais e coletivos (LIBÂNEO, 1985)

O processo de educação em saúde é interpretado como um instrumento para desenvolver a habilidade de mediar as relações entre as pessoas, gerenciando as interações entre interesses e direitos pessoais e coletivos.

Utiliza-se, também, a denominação de “atividades educativas sistemáticas focadas em situações e necessidades de saúde do idoso”, definida pelo autor para denominar as atividades desenvolvidas na mediação entre os conteúdos teóricos e as práticas sugeridas para auxiliar na promoção da qualidade de vida do idoso.(LIBÂNEO,1992)

A abordagem cognitivo comportamental combina intervenções cognitivas com o treinamento de habilidades comportamentais e tem se mostrado útil como ferramenta para mudança de hábitos e estilos de vida. Seus componentes fundamentais são, segundo (LIBÂNEO, 1992):

- Detecção / identificação da situação de risco que necessita ajuda para mudança;
- Escolha de estratégias para o enfrentamento da situação considerada “problema” ou que possui “necessidade” de mudança;
- Aplicação da técnica ou ferramenta mais apropriada para situação (auto monitoramento, controle de estímulos, técnicas de relaxamento, dinâmicas que ajudam a identificar procedimentos aversivos, autocontrole e/ou manejo dos “problemas”, reconhecimento dos processos de ingresso em ciclos viciosos, entre outros).

É preciso preparar profissionais para auxiliar os portadores crônicos a identificarem as situações de risco e a buscar soluções para os seus problemas, bem como estimular habilidades, prevenir retomada ou recaída dos hábitos que são prejudiciais a saúde. Pretende-se que a cartilha para profissionais de saúde funcione como instrumento na construção de um espaço de educação permanente, sendo utilizada no atendimento individual e coletivamente.

Nesta cartilha a proposta é trabalhar com os profissionais o processo de educação em saúde e fornecer ferramentas para trabalhar informação, reflexão e a provocação de novas atitudes nos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes.

Nossos objetivos com a cartilha são de:

- Sensibilizar sobre as peculiaridades e necessidades específicas dessa população de crônicos;
- Sensibilizar para a necessidade de realizar educação em saúde em nível individual e/ou coletivo;
- Prover através de uma linguagem simples informações científicas sobre os fatores de risco modificáveis associados à condição crônica dos pacientes;
- Prover informações sobre educação em saúde e técnicas participativas para trabalhar com promoção da saúde em grupos de idosos

Quadro 1. Proposta de apresentação e atividades para a confecção da cartilha junto à equipe Multiprofissional da USF da Vila do Patauá.

Tema	Atividade	Local	Data
Apresentação da ideia (projeto)	Reunião participativa, com a equipe da USF e Nasf	USF da Vila do Patauá	1º quinze de junho
Levantamento dos problemas e dificuldades	Dinâmica: Relato de experiências sobre suas vivências junto à comunidade local.	USF da Vila do Patauá	2º quinze de junho
Discussão sobre o conteúdo do projeto	Oficina sobre DCNT, fatores de risco associados, educação em saúde.	USF da Vila do Patauá	1º quinzena de julho
Levantamento dos indicadores de saúde da comunidade local, através da verificação dos Sistemas de informação (E-SUS, DATASUS, etc.)	Atividade de dispersão, a equipe se dividirá para a pesquisa, de acordo com a divisão dos temas.	Secretaria Municipal de Saúde de São João de Pirabas	2º quinzena de julho
Revisão bibliográfica sobre o tema do projeto	Reunião para delimitação de conteúdo da cartilha.	USF da Vila do Patauá	1º quinzena de Agosto
Definição sobre o tipo de abordagem da cartilha	Encontro para proposição de técnicas interativas para a cartilha	USF da Vila do Patauá	2º quinzena de Agosto
Levantamento do conteúdo ilustrativo	Atividade dispersiva, levantamento de recursos visuais para confecção da cartilha.	Secretaria Municipal de Saúde de São João de Pirabas	1º quinzena de Setembro
Apresentação da cartilha ao Conselho Municipal de Saúde	Na oportunidade da reunião mensal do conselho.	Conselho Municipal de Saúde	2º quinzena de Setembro
Apresentação da cartilha à comunidade da Vila do Patauá.	Atividade Coletiva	Salão paroquial da Vila	1º quinzena de Outubro (1º de Outubro/ Dia do Idoso)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações produzidas pela sociedade ao longo do tempo modificaram de maneira significativa perfil da morbi-mortalidade da população brasileira, colaborando para a diminuição progressiva das mortes por doenças transmissíveis e elevação das mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais podemos citar o Diabetes Mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS), representando importante prejuízo à qualidade de vida e incorre em altos encargos para os sistemas de saúde.

Analisando o cenário que se descortina diariamente à minha frente, ou seja, a resistência da população frente às ações preventivas e de promoção à saúde, e percebendo que o processo em que a atenção curativa ainda é predominante na prática do profissional de saúde, reafirmo a importância deste trabalho na medida em que privilegia ações voltadas para promoção e prevenção de doenças através de ações educativas, tanto da equipe quanto dos usuários.

Portanto um projeto de intervenção é pertinente, pois possibilita dois avanços combinados, ou seja, dinamizar a prática de educação permanente voltada à equipe, a fim de que a mesma alcance todo seu potencial de atuação em prol da melhoria da qualidade de vida do paciente em condição crônica de saúde, bem como que possibilite ao paciente condições de transformação de sua realidade, adquirindo capacidade de autonomia em seu processo saúde-doença e convergindo para adesão de hábitos de vida saudáveis, através da mudança do estilo de vida.

Assim, dando continuidade ao processo de educação em saúde, e para que a mesma se dê de forma permanente, aproveitaremos os encontros de construção da cartilha para fomentar a elaboração de um instrumento de classificação de risco para os portadores de agravos crônicos, relacionando os fatores de risco modificáveis e não modificáveis, aos determinantes sociais de saúde, definindo um score, a partir do qual serão elaborados planos de cuidados específicos para cada situação classificada.

Gostaria de destacar, dentro do eixo de promoção à saúde (parte integrante do Plano Brasileiro de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)), o eixo *envelhecimento ativo*, que trata de implantação de um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo, favorecendo ações de promoção da saúde, prevenção e atenção integral, através do incentivo aos idosos

para a prática da atividade física regular no programa Academia da Saúde e por meio de capacitação das equipes de profissionais da Atenção Primária em Saúde para o atendimento, acolhimento e cuidado da pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas, visando a ampliação da autonomia e independência para o autocuidado e o uso racional de medicamentos. Além da criação de programas para formação do cuidador de pessoa idosa e de pessoa com condições crônicas na comunidade.

Avalio que a proposta do envelhecimento ativo vem de encontro à proposta deste projeto. E necessita ser disseminada nas ações programadas para a comunidade, pois estaremos proporcionando estratégias para o resgate da qualidade de vida do portador de doença crônica, bem como, a possibilidade de um futuro promissor, com redução dos índices de doenças crônicas na população brasileira.

Para isso, é preciso que a população perceba a necessidade de mudança, uma vez que, a transformação advém da percepção de que a maneira vigente está insatisfatória, que algo está em desacordo, resultando em entraves para uma vida saudável. E para que isso ocorra é essencial que as pessoas a que se destina a ação educativa devem ser envolvidas no planejamento, na ação, na avaliação das necessidades de aprendizagem e na organização do material, de forma que o processo de aprendizado seja contextualizado, participativo e dialógico. E isso vale tanto para o profissional de saúde, quanto para o usuário.

REFERÊNCIAS

American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes care. 2012; 35

Associação Nacional de Assistência ao Diabético (ANAD). ANAD home Page. Disponível em www.anad.org.br/diabetes.htm

Braunwald E. Tratado de medicina cardiovascular. 5ª ed. São Paulo(SP): Roca; 1999. v. 2. p. 1179 - 1460. [Links]

BRASIL, Ministério da saúde. **Caderno de atenção básica nº 16: Diabetes de mellitus**. Ministério da saúde, 2006.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**: 1.ed. Brasília: CONASS, 2011. 197 p. 3 v.

CARVALHO, Y. M. & CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

Cavalari E, Nogueira MS, Fava SMCL, Cesarino CB, MartinJFV. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. Rev enferm UERJ. 2012; 20:67-72.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para Enfrentamento e investigação. Revista Saúde Pública, [S.I.], p. 126-134, 2012.

Divisão Territorial do Brasil. Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (1 de julho de 2008). Página visitada em 11 de outubro de 2008.

Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998,2003 e 2008. Epidemiol Serv Saúde [periódico na Internet].2012; [citado em 09 mar 2013]. 21(1):0719. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_artText&pid=S1679-49742012000100002&lng=es.

FIGUEIRA, T. R.; FERREIRA, E. F.; SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, 2003.

FREITAS, M. C; MENDES, M. M. R. Condição crônica: Análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.15,n 4 ,p.590-597.2007.

HU, F. B. et al. Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women. *New England Journal of Medicine*, 1997, n. 337, p. 1.491-99.

LIBÂNEO, Jose. Tendências pedagógicas na prática escolar. In Libâneo, José. Democratização da Escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos. São Paulo: Loyola, 1992, p.19-44.

LEAVELL, S. & CLARCK, E.G. (1976). Medicina Preventiva. SP: McGraw-Hill.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface (Botucatu).v.14,p.593, 2010.

Mancini MC, Medeiros MMA, Halpern A. Como diagnosticar e tratar diabetes mellitus. Rev Bras Med . 1999

MALTA, DC; SILVA JUNIOR, JB; MORAIS NETO, OL. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p.425-438, out-dez. 2013.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, 512 p.

NAHAS, Markus Vinicius. Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo. 3ª Edição Revisada e Atualizada. Londrina: Midiograf, 2003.

Neder MM, Borges AAN. Systemic hypertension in Brazil: how much have we improved our knowledge about its epidemiology? Rev Bras Hipertens. 2006; 13 (2): 126-33. [Links]

‘.

Pierin, Angela M.G. et al. Revista Brasileira de Hipertensão: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Diagnóstico e classificação. Rio de Janeiro: v.17, n.1, p.11-17, 2010.

TRENTINI, M.; BELTRAME, V. A pesquisa convergente - assistencial (PCA) levada ao real campo de ação de enfermagem. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.11, n. 2,2006.

TRETINI, M. PAIM, L. Pesquisa convergente assistencial. Florianópolis: Insular, 2004.

WHO, 2008.Closing the gap in generation health equality action on the social of health. Commission on Social determinants of Health Final Report. Geneva: World Health Organization, 2008.

‘.

World Health Organization, 1991. WHO home page. Disponível em www.who.ch/

WHO 2010b. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization, 2010.

.