

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**RITA DE CÁSSIA SPANHOL**

**PROMOVENDO A SAÚDE DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**RITA DE CÁSSIA SPANHOL**

**PROMOVENDO A SAÚDE DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Eixo Temático Enfermagem nas Doenças Crônicas não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Rafaela Vivian Valcarenghi

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **PROMOVENDO A SAÚDE DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES** de autoria do aluno **RITA DE CÁSSIA SPANHOL** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Eixo Temático Enfermagem nas Doenças Crônicas não Transmissíveis.

---

**Profa. Dda. Rafaela Vivian Valcarenghi**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>03</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>06</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>08</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>12</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>13</b>

## RESUMO

Com o aumento da expectativa de vida, o número de pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis, em especial, diabetes e hipertensão arterial, vem crescendo no decorrer dos últimos anos no Brasil. Tem-se como objetivo geral do estudo: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e diabetes, e objetivos específicos: elaborar material educativo sobre *Diabetes mellitus* – DM e Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS em formato de sacolas de papel a serem entregues com as medicações de uso contínuo; elucidar portadores de DM e HAS sobre o conviver de forma saudável com a doença; estimular a adesão ao tratamento. A metodologia parte de um plano de ação a ser aplicado ao Programa de Hipertensos e Diabéticos do município e a ser desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Ipiranga do Norte. Enfoca a confecção de sacolas de papel para acondicionar os medicamentos entregues durante os encontros do programa HIPERDIA. No corpo dessas sacolas estarão impressas orientações, dicas e recomendações sobre um estilo de vida saudável, sinais e sintomas de alerta e cuidados específicos às patologias em questão. Serão confeccionadas doze sacolas com informações diferentes de um mês para o outro. Espera-se que as pessoas com Hipertensão e Diabetes ao receber esse material com orientações fiquem estimuladas a refletirem sobre os temas impressos e que possamos colaborar cada vez mais à adoção de estilo de vida saudável, diminuindo consequentemente as sequelas e as co-morbidades que surgem em pessoas que não tenham o controle da doença.

**Palavras-chave:** Hipertensão arterial; Diabetes Mellitus; Promoção da saúde; Enfermagem.

## 1 INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida, o número de pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis, em especial, diabetes e hipertensão arterial, vem crescendo no decorrer dos últimos anos no Brasil. De acordo com dados da Revista Brasileira de Hipertensão (2010), 30 milhões de brasileiros são hipertensos, condição essa, responsável pelas duas maiores causas isolada de mortes no país (Acidente Vascular Cerebral e Infarto Agudo do Miocárdio). Números da pesquisa Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2011), divulgam que 5,6% da população brasileira, cerca de 7,5 milhões, têm o diagnóstico de diabetes.

Em Ipiranga do Norte-MT, no Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HIPERDIA estão cadastrados e acompanhados, atualmente, pelas unidades básicas de saúde 541 hipertensos e/ou diabéticos (cerca de 8,9% da população total), dos quais nove (0,14%) possuem apenas diabetes, 383(6,3%) possuem apenas hipertensão e 149 (2,4%) possuem diabetes e hipertensão associados.

Segundo Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008 (PNAD), a prevalência média referida de diabéticos entre pessoas com 15 anos ou mais é de 4,5% e de hipertensos é de 18%. Essa estimativa subsidia o planejamento das ações de saúde, fornecendo uma expectativa da demanda de medicamentos e da necessidade de profissionais e serviços especializados para tratamento das doenças causadas por essas condições.

Os cuidados a essa clientela devem compor a abordagem de temas voltados, impreterivelmente, a terapia medicamentosa, ao estilo de vida: alimentação saudável e prática de atividade física. Promover a saúde e a qualidade de vida de pessoas que vivam com diabetes e hipertensão arterial é uma atribuição do profissional enfermeiro, inserido na equipe interdisciplinar da estratégia saúde da família (MENEZES E GOBBI, 2010). Paiva e Colaboradores (2006) afirmam que a dinâmica proposta pelo Programa Saúde da Família – PSF está centrada na promoção da qualidade de vida, na intervenção dos fatores que a colocam em risco, permitindo a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos.

Nesse sentido, novas estratégias de adesão ao tratamento devem ser implementadas, através do estímulo a autonomia e ao auto-cuidado. A educação em saúde e o fornecimento de

informações e orientações esclarecedoras favorece o conhecimento das doenças e está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença (SILVA, *et al*, 2006).

A inovação de metodologias de abordagem, com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento e consequente sobrevida da pessoa que sofre com alguma doença crônica, deve ser continuamente desenvolvida e aprimorada pelo programa saúde da família - PSF, sobretudo pelo enfermeiro (ERMEL E FRACOLLI, 2005). A melhor alternativa ainda é prevenir o agravamento e os episódios de agudização, a fim de minimizar danos, incapacidades, riscos e gastos, através da promoção do tratamento adequado (MENEZES E GOBBI, 2010).

A alternativa buscada por este trabalho, para promover a saúde de pessoas com hipertensão e diabetes, visa o fornecimento de sacos de papel que serão entregues pela farmácia básica e nos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos, com as medicações acondicionadas ao tratamento das patologias em questão. Oportunamente, nesses sacos de papel estarão impressos orientações, dicas e recomendações sobre um estilo de vida saudável, sinais e sintomas de alerta e cuidados específicos. Cada mês do ano haverá uma informação diferente impressa nesse instrumento. Assim, tenta-se despertar o zelo, a curiosidade e a maior adesão ao tratamento.

O interesse surgiu devido à experiência profissional da autora durante dispensação das drogas de uso contínuo, pois muitos dos hipertensos e diabéticos tomam vários tipos de remédios mais de uma vez ao dia, o que gera uma grande quantidade de medicamentos que terão que levar para casa, sem algo que possa facilitar ou ajudar o acondicionamento até a sua residência. Mensalmente as unidades de saúde promovem o encontro com grupo de hipertensos e diabéticos do município, nesse momento eles são pesados, tem a pressão arterial aferida, a glicemia mensurada, além de receber orientações e as medicações para o tratamento.

Destaca-se como problema de pesquisa: qual a alternativa buscada pela enfermagem para a promoção da saúde de pessoas com hipertensão e diabetes?

O estudo tem como objetivo geral: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e diabetes, e objetivos específicos: elaborar material educativo sobre *Diabetes mellitus* – DM e Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS em formato de sacolas de papel a serem entregues com as medicações de uso contínuo; elucidar portadores de DM e HAS sobre o conviver de forma saudável com a doença; estimular a adesão ao tratamento.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006) define a HAS, como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial - PA. Frequentemente está associada a alterações metabólicas e a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo: coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos (WILLIAMS, 2010).

A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg. No Brasil, em 2007 registraram-se 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório o que configura a principal causa de morte. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA: 54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração, sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

No ano de 2002, de acordo com Organização Mundial da Saúde e a International Diabetes Federation, havia em todo o mundo, uma população estimada de 160 milhões de pessoas com diabetes. Para 2025, as projeções quase que dobram, alcançando cerca de 300 milhões de pessoas com essa afecção.

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2004) caracteriza o diabetes como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta ou da incapacidade da insulina em exercer adequadamente seus efeitos no organismo.

O diabetes compromete todo funcionamento do organismo, repercutindo no campo psicossocial, psicoemocional, na qualidade de vida e nos domínios físico, social dos indivíduos. Os prejuízos no funcionamento físico incluem: complicações a curto e longo prazos, como sintomas, mudanças no estilo de vida pelas demandas do tratamento e efeitos colaterais das medicações. O quadro psicoemocional pode ser composto por preocupação, frustração e desesperança com o caráter crônico da doença e suas complicações; sobrecarga, esgotamento ou desânimo com seu manejo; baixa autoestima, sentimento de inferioridade, ansiedade e depressão. Entre os aspectos sociais estão o custo financeiro da doença, a sensação do paciente acerca do grau de apoio e dependência social que recebe e da qualidade e do nível de conflito das relações interpessoais e familiar (MARCELINO, *et al* 2005).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (1996) afirma que algumas complicações físicas são frequentes em portadores de diabetes, dependendo principalmente da sua evolução clínica, são elas: a retinopatia, presente em metade dos diabéticos após 10 anos de doença e 60-80% após 15 anos ou mais; a neuropatia em 8 a 12% dos diabéticos tipo 2; a nefropatia está presente em 5 a 10% dos diabéticos tipo 2, após 20 anos de doença; a macroangiopatia, que engloba a cardiopatia isquêmica, a doença cerebrovascular e a doença vascular periférica.

Considera-se diabetes e hipertensão como duas das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT's). As DCNT's são definidas como:

um grupo de doenças com história natural prolongada, caracterizada por: multiplicidade de fatores de risco complexos; interação de fatores etiológicos desconhecidos; longo período de latência; longo curso assintomático; manifestações clínicas, em geral de curso crônico, com períodos de remissão e exacerbação e evolução para incapacidades (LESSA, 1994, p. 269-270).

Estão incluídas nesse grupo, as neoplasias, as doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes, doenças renais. A prevalência dessas aumenta com a idade e aqueles que sofrem com elas costumam ter comorbidades, ou seja, outras patologias associadas. Sua importância reside não somente na extensão dos danos físicos causados às pessoas acometidas, mas também no impacto social e psicológico que provocam (REINERS, 2005).

Nesse sentido, Menezes e Gobbi (2010) afirmam que os enfermeiros e membros da equipe inseridos no PSF, vivenciam a pouca adesão e abandono ao tratamento anti-hipertensivo e anti-hiperglicemiante. Esforços devem ser reunidos no sentido de aperfeiçoar recursos e estratégias, com participação ativa do hipertenso e diabético na manutenção da sua própria qualidade de vida, visando minimizar ou evitar esta problemática. Este processo educativo deve ser realizado periodicamente e pode acontecer nas visitas domiciliares, consultas médicas, de enfermagem, encontros mensais com o público alvo e outras ações que se façam oportunas, necessárias e convenientes.

A melhoria da qualidade de vida está associada ao conhecimento das doenças, o que reduz as descompensações e agudização dos quadros hipertensivos e hiperglicemiantes, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. A educação em saúde, relacionada ao autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicemia, à atividade física e à dieta

alimentar, é importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes hipertensos e/ou diabéticos (SILVA, *et al* 2006).

Para Carlos e colaboradores 2008, a melhor forma de atuar deve ter como objetivo amenizar e, se possível, eliminar os fatores de risco modificáveis. Para o controle de ambas as patologias, são necessárias medidas que envolvem mudanças no estilo de vida do indivíduo, a enfermagem deve intervir em assuntos como tabagismo, alcoolismo, alimentação inadequada e rica em lipídios saturados, conservantes e sódio, estresse e falta de atividade física.

Antes de tudo, é necessário que o enfermeiro tenha, além da competência técnica e fundamentação científica, o conhecimento dos aspectos emocionais e das necessidades individuais de cada paciente, a fim de estabelecer um diálogo acessível, facilitando o entendimento de sua doença e adesão ao tratamento.

### 3 MÉTODO

O trabalho será realizado no município de Ipiranga do Norte que está localizado a uma distância de 476 km da capital do estado de Mato Grosso, com área territorial, segundo o IBGE (2013), de 3.467,047 km<sup>2</sup>, cerca de 0,38% da área total do estado; com população estimada pelo Datasus (2013) de 6.057 habitantes, sendo que 541 são hipertensos e/ou diabéticos (SISHIPERDIA, 2013). É uma cidade jovem, 14 anos de emancipação, que se destaca atualmente pela produção agrícola como soja e milho principalmente (IBGE-SIDRA, 2012).

A prestação de serviços à saúde é feito por duas unidades de saúde, sendo uma delas habilitada com o Programa Saúde da Família que atende basicamente os residentes da zona urbana. A outra unidade de saúde funciona como pronto atendimento à estabilização e transporte de pacientes para posterior remoção em busca de uma atenção mais equipada, tendo como referência o município de Sorriso, localizado a 65 km de Ipiranga do Norte. Esta última unidade também realiza serviços e acolhimento como atenção básica aos residentes da zona rural e assentamentos que regularizados junto ao Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) somam sete.

Conforme o censo demográfico realizado em 2010, a distribuição populacional é de 1.648 residentes na zona rural e 3.475 residentes na zona urbana, naquela época somavam um total de 5.123 munícipes (IBGE, 2010).

A zona urbana está dividida em nove microáreas e a zona rural em seis. Está em fase de construção mais uma unidade básica de saúde com pretensão em habilitá-la com o Programa Saúde da Família. As equipes multidisciplinares são compostas por dois médicos, cinco enfermeiras, um nutricionista e uma assistente social, todos em regime estatutário.

O presente estudo parte de um plano de ação a ser aplicado ao Programa de Hipertensos e Diabéticos do município e a ser desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Ipiranga do Norte. Tomou-se a definição Reibnitz *et al.* 2013 de plano de ação no qual são utilizados métodos científicos para propor superação da antiga realidade e ir em direção à nova, através da construção de alternativas e estratégias viáveis e imprescindíveis de como superar o problema identificado e atingir os objetivos a que se propôs.

Por se tratar de um projeto de intervenção e não de uma pesquisa, não há necessidade de aprovação por um Comitê de Ética, porém para sua implementação haverá autorização e financiamento da Secretaria Municipal de Saúde. Para aceção final buscou-se reunir-se com as equipes a fim de discutir sobre a utilização do material, bem como a solicitação de autorização da aplicação do projeto junto à unidade.

Este projeto enfoca a confecção de sacolas de papel para acondicionar os medicamentos entregues durante os encontros do programa HIPERDIA. No corpo dessas sacolas estarão impressas orientações, dicas e recomendações sobre um estilo de vida saudável, sinais e sintomas de alerta e cuidados específicos as patologias em questão. Todo o mês, geralmente as primeiras terças-feiras, realiza-se o encontro com os hipertensos e diabéticos, oportunamente são entregues as medicações para serem usadas durante os trinta dias daquele mês e até o próximo encontro.

Cada mês será entregue uma sacola com o impresso diferente, e aos que não participarem do encontro daquele mês a receberão na dispensação de medicamentos da farmácia básica da unidade de saúde ou na farmácia central. Nesta sacola haverá um espaço para o agendamento da data do próximo encontro.

Assim sendo serão confeccionadas doze sacolas com informações diferentes de um mês para o outro. Para a extração dessas informações utilizou-se de revisão de literatura científica com enfoque ao Plano de Melhoria da Saúde, Um Guia para Pacientes e Público em geral, produzido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e Associação Médica Brasileira (s/ ano).

## 4 RESULTADO E ANÁLISE

Através da literatura científica e materiais do Ministério da Saúde, determinou-se as seguintes orientações a serem impressas nas sacolas, segundo o mês:

### JANEIRO

Uma dieta não saudável aumenta o risco de sobrepeso, obesidade ou o desenvolvimento de doenças bucais. Comer muitas frutas, verduras e legumes reduz o risco de doenças cardiovasculares, câncer do estômago e câncer colorretal (do intestino e do reto).

Recomendação: Aumente o consumo de frutas, legumes e verduras, grãos integrais e nozes. Recomendamos que você coma pelo menos cinco porções de tipos diferentes de frutas, legumes e verduras todos os dias. É mais fácil do que parece: um copo com 100% de suco natural de frutas, sem açúcar, pode representar uma porção. A mesma coisa também vale para vegetais cozidos.

### FEVEREIRO

A atividade física representa todo e qualquer movimento corporal que consome energia. Ela pode ser divertida e praticada de várias maneiras como, por exemplo, ir a pé ou de bicicleta para a escola, praticar atividades durante o trabalho, trabalhos domésticos, assim como esportes e exercícios formais. Também reduz o risco de doenças cardíacas, pressão arterial alta, diabetes, câncer de mama e do cólon (intestino), infarto, ganho de peso, quedas e depressão. Além disso, ela lhe dá uma sensação de bem-estar e ajuda a prolongar a vida saudável. As pessoas que se envolvem em algum tipo de atividade física por 30 minutos, várias vezes por semana, vivem mais do que as pessoas que não fazem atividade física.

Recomendação: Atividade física pelo menos 30 minutos por dia durante cinco dias por semana. Caminhe de um lugar a outro ou use bicicleta. Tenha um trabalho ativo em casa, tal como jardinagem e tarefas da casa. Brinque com as crianças de esconde-esconde, pega-pega. Faça exercícios planejados, estruturados, repetitivos e que tenham algum propósito. Por exemplo, dançar, nadar, praticar esportes com bola, tais como futebol ou basquete, ou matricule-se em uma academia. Sugerimos sua participação no grupo de atividade física “Viva Com Saúde” do nosso município que acontece todas as segundas, quartas e sextas-feiras da semana. Ou ainda, se exercite na Academia da Terceira Idade – ATI, que está na praça central.

## MARÇO

O uso do fumo aumenta o seu risco de câncer e expõe as pessoas ao seu redor a este mesmo risco, além de doenças pulmonares, ataque cardíaco e derrames.

Recomendação: A participação no Grupo de Apoio de Tratamento ao Tabagista de Ipiranga do Norte – GATTIN. Os encontros acontecem todas as terças-feiras a partir das 19h com apoio psicológico e farmacológico.

Pare de fumar de hoje em diante.

## ABRIL

O abuso do álcool aumenta o risco de doenças mentais, danos ao fígado e mortes associadas ao álcool.

Recomendação: Procurar auxílio e apoio psicológico para o alcoolismo. A diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas para menos de duas doses por dia.

Limite a ingestão de álcool a cada dia.

## MAIO

Há dois tipos principais de gorduras: a saturada e a insaturada. O maior perigo vem das gorduras saturadas: se ingeridas em demasia, podem elevar os níveis de colesterol no sangue, aumentando o risco de desenvolver doenças cardíacas ou de sofrer um infarto.

Recomendação: Escolha alimentos que contenham gorduras insaturadas, como azeite de oliva, sementes, óleos de peixes, nozes e abacates. Tente cortar alimentos que contenham gorduras saturadas, como bolos, tortas, biscoitos, salsichas, cremes, manteiga, salame, toucinho e queijo amarelo.

## JUNHO

Alimentos e bebidas adoçadas com açúcar contêm alto teor calórico e podem contribuir para o ganho de peso. Também podem causar deterioração dos dentes, especialmente se consumidos entre as refeições.

Recomendação: É aceitável consumir açúcares encontrados naturalmente nos alimentos, como nas frutas e no leite, mas tente realmente cortar os alimentos que contenham açúcar adicionado, tais como refrigerantes, bolos, biscoitos, balas e massas.

## JULHO

Ingerir sal demais pode elevar sua pressão arterial e colocá-lo em risco maior de desenvolver doenças cardíacas ou de sofrer um infarto.

Recomendação: Tenha em mente que, mesmo quando você não adiciona sal na sua comida, você pode estar comendo sal demais: cerca de três quartos do sal que comemos já está nos alimentos que compramos, tais como cereais, sopas, pães e salgadinhos, como batata frita.

## AGOSTO

O pouco consumo de água associado as altas temperaturas da nossa região podem levar a desidratação.

Recomendação: Consuma dois litros de água por dia. Tenha uma roda de amigos e convide-os a tomar chimarrão. Beba no mínimo quatro copos de água pela manhã, quatro copos de água a tarde e dois copos de água a noite, mas não consuma de uma única só vez. Tome sucos naturais sem adição de açúcar.

## SETEMBRO:

Procure saber o nome e a dose dos medicamentos que você toma.

Recomendação: Caso seja difícil e você consuma mais de um medicamento ao dia, tenha a receita ou algum lembrete escrito na carteira ou na bolsa, pois assim em caso de emergência o profissional que te o atender saberá que conduta deverá ter. Mantenha horários certos e fixos para ingerir seus medicamentos. Se por acaso você consuma algum chá ou faça uso de alguma terapia tradicional, com a finalidade de auxiliar o tratamento medicamentoso, informe ao seu médico/enfermeiro. Lembre-se que os chás ou terapias tradicionais servem como auxílio e não devem ser as únicas usadas no tratamento.

## OUTUBRO

Tenha conhecimento de como está sua saúde. Procure se pesar regularmente e verificar sua pressão arterial. Dê ouvidos as orientações dos profissionais da saúde.

Recomendação: Procure a Unidade de Saúde e faça exames regularmente, como Glicemia de Jejum, Colesterol Total, Hemograma Completo, Preventivo do Câncer do Colo do Útero ou Toque retal para prevenção do câncer de próstata e outros que o profissional achar necessário.

Faça consultas com o enfermeiro e/ou médico para que juntos tracem um plano terapêutico real as suas necessidades.

## NOVEMBRO

Saiba identificar os sinais e sintomas que indicam que seu organismo não está bem, como por exemplo: tonturas, boca seca, diminuição ou aumento da frequência urinária em relação ao consumo d'água, feridas que demoram a cicatrizar cuidado especial aos pés, diminuição da visão, ganho ou perda de peso excessiva nos últimos meses. Se existe na sua família pessoas que já tiveram derrame cerebral, infarto ou amputação por causa da diabetes, fique atento e tenha cuidados redobrados.

Recomendação: Procure um profissional da saúde, caso tenha esses ou outros sinais, pois eles podem indicar que seu organismo não está bem.

## DEZEMBRO

Seja feliz! Dê risadas, evite a vida estressante e o nervosismo em demasia. Tenha amigos, visite-os regularmente.

Recomendação: Identifique aquilo que te faz feliz. Participe de algum grupo comunitário. Passe mais tempo com as pessoas que te fazem bem.

Espera-se que as pessoas com Hipertensão e Diabetes ao receber as sacolas com orientações fiquem estimuladas a refletirem sobre os temas impressos e que possamos colaborar cada vez mais à adoção de estilo de vida saudável, diminuindo conseqüentemente as sequelas e as co-morbidades que surgem em pessoas que não tenham o controle da doença.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas mudanças, a adoção de novas estratégias, a revisão daquilo que não está dando certo, são alguns dos determinantes que estimulam a equipe a repensar a ação executada. E é através da prática, do cotidiano que é possível levantar as questões que enfrentam dificuldades, afinal quem vive o problema consegue identificá-lo prontamente, e às vezes até mesmo, sugerir propostas para solucioná-lo.

Através de reuniões com a equipe do PSF-I levantou-se a necessidade da aquisição de algo que facilitasse o acondicionamento dos medicamentos da unidade de saúde até a residência dos pacientes, principalmente portadores de hipertensão arterial e diabetes, visto que esses tomam, geralmente, várias outras medicações, mais de uma vez ao dia. Tal ideia culminou com a necessidade de elaboração e aplicação de um projeto de intervenção para obtenção do título de especialista em Linhas de Cuidados em Enfermagem: Doenças Crônicas Não-transmissíveis, pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Com a elaboração do projeto e o início de sua aplicação foi possível detectar o interesse da equipe em trabalhar conjuntamente visando à promoção da saúde e bem estar da comunidade, neste caso dos hipertensos e diabéticos.

Pretende-se expandir a metodologia, fornecendo sacolas de papel com orientações e dicas de saúde e bem estar à população geral. A proposta foi bem aceita, e apoiada inclusive pela gestão local.

## REFERÊNCIAS

ACHITTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 833-840, 2004.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Associação médica brasileira. Plano de Melhoria da Saúde Um Guia para Pacientes e Público em geral. Plano de Ação de Melhoria da Saúde - Guia para o Usuário. Brasil, s/ ano.

ALMEIDA, S. A. et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. *Conjunto Hospitalar de Sorocaba, Sorocaba, SP. Rev. Bras. Cir. Plást.* v. 8, n. 1, p. 142-6, 2013.

BARBUI, E. C.; COCCO, M. I. M. Conhecimento do cliente diabético em relação aos cuidados com os pés. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 36, n. 1, p. 97-103, 2002.

CARLOS, P. R. et al. Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da família. Ribeirão Preto, SP, *Arq Ciênc Saúde*. v. 15, n. 4, p. 176-81, 2008.

CHAVES, E. S. et al. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Enferm*, v. 59, n. 4, p. 543-7, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=510452>. Acesso em: 17 de janeiro de 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de recuperação automática. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl1.asp?c=1612&n=0&u=0&z=p&o=27&i=P>. Acesso em: 16 de janeiro de 2014.

LESSA, I.; MENDONÇA, G. A. S.; TEIXEIRA, M. T. B. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. *Bol Oficina Sanit Panam, Whashington, DC*, v. 120, n. 5, p. 389-412, 1996.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. *Salvador, BA*, 2004.

LESSA, I. Doenças não transmissíveis. In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e Saúde*. 4. ed. São Paulo: Medsi, 1994. Cap. 9, p. 269 – 279.

LIMA, J. G.; NÓBREGA, L. H. C.; VENCIO, S. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA. *Diabetes mellitus: classificação e diagnóstico* – elaboração final 04 de junho de 2004.

MALACHIAS, M. V. B. Eu sou 12 por 8. Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Rev Bras Hipertens.* v. 17, n. 1, p. 7-10, 2010.

MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D. B. Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua Relação com o Emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica, Universidade Estadual de Maringá, PR*, v. 18, n. 1, p.72-77, 2005.

MENEZES, A. G. M. P.; GOBBI, D. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. *O Mundo da Saúde, São Paulo*, v. 34, n. 1, p. 97-102, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sociedade brasileira de diabetes. Programa Harvard/Joslin/SBD. Diabetes Mellitus. Guia básico para diagnóstico e tratamento. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Relatório da campanha nacional de detecção de suspeitos diabetes mellitus, junho de 2001.

\_\_\_\_\_. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças Crônicas por inquérito telefônico. Estimativas Sobre Frequência e Distribuição Sociodemográfica de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas nas Capitais dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal em 2011. Brasília, DF, 2012.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 22, n. 2, p. 377-385, 2006.

REIBNITZ, K. S. et al. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem Módulo X: desenvolvimento do processo de cuidar. Universidade Federal de Santa Catarina, SC, 2013.

REINERS, A. A. O. Interação profissional de saúde e usuário hipertenso: contribuição para a não-adesão ao regime terapêutico. Tese de doutorado – Programa de pós-graduação em enfermagem fundamental. Área de concentração: processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto – USP, 2005.

REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2007.

SCHMIDT, M. E. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Série 4, Fascículo Saúde no Brasil, Porto Alegre, RS*. 2011.

SILVA, T. R. et al. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. *Saúde e Sociedade, São Paulo*, v.15, n.3, p.180-189, 2006.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde de Ipiranga do Norte/MT. Plano Municipal de Saúde de Ipiranga do Norte, 2014 – 2017, 2014.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde de Ipiranga do Norte/MT. Sistema de informação local. Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Secretaria de Atenção a Saúde, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* v.1, n. 48, 2006.

WILDS, S.; ROGLIC, G.; GREEN, A.; SICREE, R.; KING, H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care.* v. 27, n. 5, p.1047-53, 2004.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. *Journal of the American College of Cardiology.* v. 48, n. 8, p. 1698 - 711, 2006.