

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Thiago Ernandes de Meneses

PORTIFÓLIO FINAL

Ananindeua

2017

Thiago Ernandes de Meneses

POTIFÓLIO FINAL

Trabalho de conclusão de curso, apresentado a Universidade federal de ciências e da saúde de Porto Alegre, para obtenção do título de especialista em saúde da família, sob a orientação do professor Fabiano Fraga de Carvalho.

Ananindeua

2017
SUMÁRIO

1 INTRUDUÇÃO	7
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	9
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	14
4 VISITA DOMICILIAR.....	16
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	17
REFERÊNCIAS.....	18
APÊNDICE A – Projeto de Intervenção	19

1 INTRODUÇÃO

Me chamo Thiago Ernandes de Meneses, tenho 31 anos , sou natural de Ariquemes/RO, fiz graduação em medicina pela Universidade Cristã da Bolívia, uma instituição privada localizada em Santa Cruz de la Sierra. Iniciei minha carreira profissional no ano de 2016 em uma estratégia de saúde da família, localizada em Ananindeua no Estado do Pará, através do programa mais médicos, onde atuo a 1 ano.

A cidade de Ananindeua, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), possui população estimada de 510.834 habitantes e área da unidade territorial 190,451 km². Atualmente estou locado na unidade Curuçambá Rural onde atendo duas vezes durante a semana e duas vezes por semana na unidade Ilha Igarapé Grande, ambas fazem parte do mesmo território, a unidade de ilha igarapé grande funciona como uma unidade de apoio, pois a população adstrita faz parte de uma área grande, onde há uma distância considerável de uma comunidade a outra. Essa população faz parte de um conjunto de 9 ilhas, que são a ilha de Viçosa, ilha de João Pilatos, ilha de Guajarina, ilha de Sassunema, ilha de Sororoca, ilha de São José da Sororoca, ilha do Arauari, ilha do Mutá e ilha de Santa Rosa. São locais de difícil acesso, onde o transporte principal são canoas. A população não possui acesso a água tratada, coleta de lixo e rede de esgoto. É possível encontrar na maioria das localidades uma igreja, uma escola de ensino fundamental e um campo de futebol.

O território está dividido em 5 micro áreas com 331 famílias cadastradas e 1269 pessoas atendidas. A equipe de saúde da família é composta por um médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 5 agentes comunitários de saúde. Nos atendimentos prevalecem as consultas médicas e de enfermagem, onde os problemas mais frequentes são infecções de vias aéreas, parasitoses intestinais, lombalgias e hipertensão arterial.

O projeto de intervenção foi voltado aos hipertensos e diabéticos com o título: 'Projeto de Intervenção para Educação Nutricional dos usuários com Hipertensão arterial e diabetes mellitus da Região Insular de Ananindeua/Pa' (anexo A). Teve como objetivo a educação em saúde, devido a grande dificuldade da equipe na estabilização clínica desses usuários. Observamos que a maioria destes possui dificuldade na adesão a reeducação alimentar, que está relacionado em sua maioria a uma questão cultural e a relação de produção e consumo. Surge assim a

necessidade de intervir fornecendo informações sobre a importância do tratamento, principalmente no que diz respeito a alimentação, considerando a realidade de cada um.

A escolha do tema foi essencial visto que hipertensão arterial e o diabetes mellitus quando não tratados levam a várias complicações como doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Diante disso os profissionais de saúde devem intervir através das orientações, esclarecendo sobre o problema, tratamento e possíveis complicações, utilizando uma linguagem acessível a todos, com o objetivo de gerar conhecimento bem como a reflexão da necessidade de mudança no estilo de vida.

A metodologia utilizada foi o agendamento das consultas do hiperdia pelos agentes comunitários de saúde de suas respectivas áreas, separação desses clientes em grupos para realização de oficinas semanais com palestras e avaliação através de aferição de pressão, teste de glicemia capilar e IMC. Foram confeccionados materiais educativos (folders) e um impresso para registrar os dados e fazer o controle de participação desses usuários.

As ações estão incluindo além dos usuários, seus familiares, pois estes têm papel fundamental na adaptação dos doentes crônicos, podem auxiliar no tratamento e principalmente na adoção e manutenção de hábitos saudáveis. A hipertensão e o diabetes são doenças silenciosas e por vezes faz com que os portadores não sintam que estão doentes, o que dificulta a adesão ao tratamento, os familiares irão funcionar como incentivadores e facilitadores do processo de adesão, o que muitas vezes implica na mudança de hábitos e rotina de toda a família.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

S.M.O. Casada, 35 anos, sexo feminino, ensino fundamental incompleto, católica e no momento trabalha como empregada doméstica. Filha de pai pescador e mãe cozinheira, cresceu as margens do rio Maguari desde seus 12 anos de idade, refere que sempre teve boa apetite e esteve acima do peso. Compareceu à esta unidade de saúde no dia 15/05/2017.

Dados da triagem:

- Peso: 71 kg
- Estatura: 1,56 m
- PA: 120x80
- Glicemia casual: 240

Queixa-se de polaciúria e polifagia a 2 meses, IMC 29 (Sobrepeso). Suspeitando de diabetes solicito glicemia em jejum, oriento jejum de 8 horas para descartar hiperglicemia transitória e agendo retorno.

No dia 31/05/17 Retorno. Triagem:

- Peso: 71 kg
- PA: 110x90
- Estatura: 1,56 m

Glicemia em jejum conforme solicitado 194, confirmado diagnóstico de diabetes tipo 2, reside com companheiro e três filhos, antecedentes familiares de diabetes, mãe e avó materna diabéticos, avó e avô paternos diabéticos, não fuma não faz uso de álcool ou outras drogas. Nega infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular encefálico (AVE) prévio e intercorrências metabólicas anteriores, nega complicações durante as gestações e nega antecedentes cirúrgicos. Quando questionada quanto a alimentação refere se alimentar pouco de frutas e verduras, consome bastante carboidratos, enlatados, embutidos que são consumidos fritos e o açaí que é consumido diariamente com açúcar e farinha de mandioca, muitas vezes substituído pelo almoço ou jantar. Esta justifica o consumo de enlatados pela dificuldade financeira, pois segundo ela tem um valor mais acessível, sua renda é de um salário mínimo para manter toda a família. Possui plantação de açaí, feijão e mandioca (estes apenas para o consumo familiar). Nega ansiedade e estresse. Sono e repouso preservados.

Oriento quanto à mudança na alimentação (redução de açúcar, carboidratos e gorduras) e início tratamento medicamentoso.

Retorno no dia 14/06/17. Dados da triagem:

- Peso: 71 kg
- PA: 110x90
- Estatura: 1,56

Ao exame físico:

- IMC: 29 (sobrepeso)
- Cavidade oral: Sem alterações
- Frequência cardíaca: 75
- Frequência respiratória: 16
- Circunferência abdominal: 96
- Pele: Sem alterações
- Avaliação musculoesquelética: Sem alterações
- Palpação das tireoides: Sem alterações
- Avaliação vascular: Pulsos pedioso e tibial posterior presentes e normotensos
- Reflexo de Aquileu: Normal
- Pés: sem alterações

Oriento quanto à importância de mudança dos hábitos alimentares (redução de frituras, açúcar e carboidratos) e realização de atividade física, orientação sobre o cuidado com os sapatos e pés. Entre as complicações crônicas do diabetes mellitus (DM), as úlceras de pés e a amputação de extremidades são as mais graves e de maior impacto socioeconômico. As úlceras nos pés apresentam uma incidência anual de 2%, tendo a pessoa com diabetes um risco de 25% em desenvolver úlceras nos pés ao longo da vida (BOULTON, 2008 apud BRASIL, 2013).

A prevenção, por meio do exame frequente dos pés de pessoas com diabetes mellitus, realizado pelo médico ou pelo enfermeiro da Atenção Básica, é de vital importância para a redução das complicações. Há evidências sobre a importância do rastreamento em todas as pessoas com diabetes a fim de identificar aquelas com maior risco para ulceração nos pés, que podem se beneficiar das intervenções profiláticas, incluindo o estímulo ao autocuidado (LIPSKY, 2005 apud BRASIL, 2013).

Solicito exames complementares para avaliação inicial: glicemia em jejum, hemoglobina glicada, triglicerídeos, colesterol total, HDL, creatinina sérica, dosagem de uréia, urina tipo 1, eletrocardiograma e BHCG, para descartar a possibilidade de gravidez e iniciar planejamento reprodutivo. Toda mulher com diabetes em idade fértil deve receber orientações sobre planejamento da gravidez. A gestação da mulher com diabetes é, por definição, de alto risco para complicações, mas muitas delas podem ser evitadas com planejamento prévio (BRASIL, 2013). De acordo com a sociedade brasileira de diabetes (2015-2016) no Brasil, cerca de 7% das gestações são complicadas pela hiperglicemia gestacional e relaciona-se com aumento de morbidade e mortalidade perinatais. Os exames solicitados são distribuídos pelo sistema único de saúde em Ananindeua/PA.

A paciente foi encaminhada ao oftalmologista para fundoscopia e a nutricionista para planejamento alimentar de acordo com sua realidade, esta faz atendimento mensal na unidade.

Instituo tratamento não farmacológico, pois de acordo com o ministério da saúde (2013), glicemia abaixo de 300 e sem sintomas importantes, utiliza-se inicialmente a mudança no estilo de vida, que será reavaliada após três meses, e acrescento a verificação de glicemia capilar 1 vez por semana na unidade de saúde. O controle dos níveis glicêmicos é essencial para o tratamento do diabetes mellitus. Com a realização do controle metabólico o paciente mantém-se assintomático e previne-se das complicações agudas e crônicas, promovendo a qualidade de vida e reduzindo a mortalidade (BRASIL, 2013). Agendo retorno para 15 dias.

Retorno dia 28/06/17. Triagem:

- Peso: 70 kg
- PA: 110x70
- Estatura: 1,56 m
- Circunferência abdominal: 95 cm

Controle glicêmico:

1- 19/06/17: 160

2- 26/06/17: 165

Resultado de exames:

Glicemia em jejum: 194, hemoglobina glicada: 6,8%, triglicerídeos: 160, colesterol total: 200, HDL 56, creatinina sérica 0,6 mg/dl, dosagem de uréia 15 mg/dl, urina tipo 1, glicosúria, BHCG: negativo, ECG não realizou. Oriento sobre

dieta, orientada sobre planejamento reprodutivo, prescrito noretisterona 0,35 mg, uso contínuo. Solicito controle glicêmico semanal e retorno trimestral.

Consulta com a nutricionista dia 03/07/17. Triagem:

- Peso: 70 kg
- PA: 110x70
- Estatura: 1,56m

IMC: 28. Instituição de plano alimentar.

Dia 31/07/17 comparece para consulta mensal, triagem:

- Peso: 70,400 kg
- PA: 110x70
- Estatura: 1,56 m

Controle glicêmico;

- 1- 10/07/17: 160
- 2- 17/07/17: 160
- 3- 24/07/17: 170

Refere que está com dificuldades em seguir as orientações nutricionais, IMC 28 (sobrepeso), circunferência abdominal 95 cm, oriento sobre as possíveis complicações, realização de atividade física, pois até o momento não está realizando, solicito hemoglobina glicada e agendo retorno com a nutricionista. E retorno trimestral para consulta médica.

Dia 14/08/17 consulta com a nutricionista. Triagem:

- Peso: 70, 400 kg
- PA: 110x70
- Estatura: 1,56 m

Refere dificuldade em seguir a dieta, devido a influência da alimentação dos familiares, refere realização de caminhada apenas duas vezes ao dia por 30 minutos “quando tem tempo”.

Consulta médica dia 04/09/17. Triagem:

- Peso: 70 kg
- PA: 110x90
- Estatura: 1,56 m

Glicemia capilar em jejum:

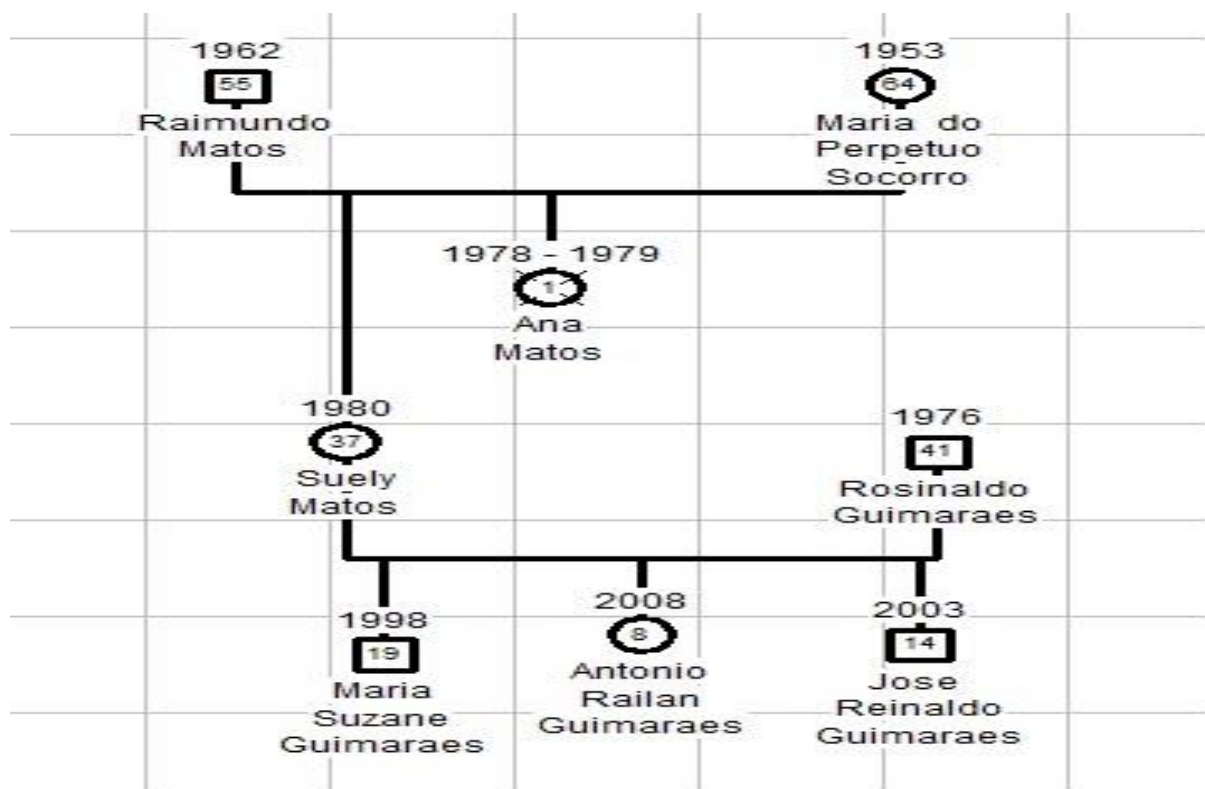
- 1- 07/08/17: 160;

- 2- 14/08/17:170;
- 3- 21/08/17:165;
- 4- 28/08/17:150;

Exame: hemoglobina glicada: 6,3 %. Ainda com dificuldades em manter a glicemia dentro dos padrões de normalidade, que são de jejum entre 70 – 110 mg/dL e pós-prandial abaixo de 180 mg/dL (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013), prescrevo metformina 850 mg 1 vez ao dia antes do almoço. Retorno através de visita domiciliar para orientação dos familiares. Realizar glicemia capilar 1 vez por semana na unidade, oriento a participação no grupo hiperdia, juntamente com a família.

GEOGRAMA

(nomes fictícios)



3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Na minha trajetória na unidade de Ananindeua busquei seguir junto a equipe a política nacional da atenção básica (2013), que caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Conseguimos planejar e programar as ações setoriais e Inter setoriais que em sua maioria se resumiam ao atendimento não agendado, dificultando a qualidade da assistência e acompanhamento de vulnerabilidades, principalmente no que diz respeito aos usuários hipertensos e diabéticos. Os agentes comunitários de saúde fizeram busca ativa para agendamento das consultas desses clientes e a partir dos dados de cada um, fizemos um livro de registro para aqueles que apresentam maior risco de comorbidades, para um acompanhamento mais frequente, possibilitando o acesso contínuo, vinculação e corresponsabilização pelas necessidades de saúde desses usuários.

A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção (PNAB, 2013).

Dentre as ações que marcaram minha jornada destacam-se também as ações educativas, que não eram realizadas com tanta frequência. Desenvolvemos ações priorizando os grupos de risco e os fatores de risco comportamentais, alimentares ou ambientais, objetivando a prevenção, diminuição do surgimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis. Hoje temos o grupo de gestante, hipertenso e idosos que participam de ações mensais de educação em saúde e avaliação física, realizado com apoio da equipe de saúde da família e nasf. Dessa forma estimula-se a participação desses usuários ampliando sua autonomia e organizando o serviço de saúde centrado nos usuários e controle social.

A ações relacionadas a puericultura também ganharam destaque, pouco frequentes, era difícil fazer o acompanhamento, mas com o apoio da equipe realizamos estratégias e conseguimos resultados bem positivos. Além de um empenho maior dos agentes comunitários de saúde, uma vez por semana o médico fica na sala de vacina e outra o enfermeiro, para captação e avaliação dessas

crianças. E Sempre que possível a técnica de enfermagem agenda as vacinas para a mesma data e logo após a vacinação encaminha as crianças para consulta.

Agir de forma planejada e dentro do espírito do trabalho em equipe, é atribuição de todos os profissionais de saúde, assim como participar do planejamento, do monitoramento e da avaliação das ações desenvolvidas (BRASIL, 2012).

4 VISITA DOMICILIAR

As visitas domiciliares eram realizadas esporadicamente, de acordo com a solicitação dos agentes comunitários de saúde, porém, visando a melhoria do acompanhamento solicitei aos agentes comunitários de saúde a lista dos usuários acamados e daqueles que moram longe e não tem transporte para ir até a unidade de saúde.

Realizamos então um cronograma de visitas domiciliares, que é realizada uma vez por semana para os usuários estáveis e caso haja necessidade de intervenção em casos de agudos, a visita é realizada após o término das consultas agendadas, as visitas agendadas de rotina são organizadas de acordo a proximidade visando economia de tempo e deslocamento, tudo fica registrado em um livro de acompanhamento e a secretaria de saúde disponibiliza o transporte. Essas visitas são agendadas em reunião mensal com a equipe, de acordo com as prioridades e realizadas junto ao agente comunitário de saúde de cada microárea. Aqueles que necessitam de avaliação do núcleo de apoio a saúde da família, tem a visita agendada e realizada.

Realizamos nas visitas além das orientações, peso, pressão arterial, glicemia capilar cálculo de índice de massa corporal, solicitação de exames caso seja necessário e agendamento da coleta no caso dos exames laboratoriais.

No acompanhamento domiciliar por vezes nos deparamos com muitas dificuldades, cuidados simples não realizados, como higiene e mudança de decúbito acabam comprometendo o quadro dos usuários, algo que sempre costumo observar é a geladeira e os armários, em algumas oportunidades pude constatar que havia usuários que referiam estar seguindo a dieta, porém ao verificar seus mantimentos estavam usando temperos completos em abundância acreditando não ter sal, em outros casos confundindo light com diet, nesses casos realizo as orientações necessárias onde busco sempre frisar que dieta é feita na hora das compras no supermercado e não na escolha dos alimentos que já estão nos armários, solicito também maior vigilância pelos agentes comunitários de saúde e assim buscamos estratégias para um cuidado mais adequado como a divisão de tarefas entre familiares, auto cuidado, cuidado mútuo e a busca pela redução do tempo entre uma visita e outra na localidade.

Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de

locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados, faz parte da pnab (2013), assim como realizar o cuidado compartilhado com a equipe, responsabilizando-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando precisar de outros pontos de atenção do sistema de saúde.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Pode-se dizer que os cuidados na atenção básica são complexos, pois necessitamos atender as necessidades de saúde da população adstrita de forma individual, coletiva e o mais relevante, saber como contornar as dificuldades financeiras, cognitivas e afetivas de cada família, buscar vínculos com os usuários para que a unidade básica seja porta de entrada principal ao sistema de saúde. No decorrer do curso aprendi a reorganizar meu método de trabalho, lidar com adversidades e dificuldades encontradas somente na atenção básica onde nossos parceiros na maioria das vezes são pessoas comuns com pouco ou sem nenhum conhecimento na área da saúde e que são nossos parceiros nos auxiliando nos cuidados domiciliares, tive a oportunidade de observar situações do meu dia a dia onde o curso foi de suma importância como nos casos de saúde mental, puericultura, atenção aos acamados e com isso pude tomar atitudes que influenciaram e maximizaram a saúde e autonomia da comunidade.

A especialização em saúde da família contribuiu para meu conhecimento, dando consistência a minha atuação na atenção básica, auxiliou nas técnicas de trabalho como planejamento, articulando a promoção, prevenção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade do cuidado.

Em minha trajetória obtivemos várias mudanças, decorrentes do que foi observado no curso, dentre elas a programação/agendamento das atividades, acompanhamento dos grupos de forma organizada, de acordo aos protocolos de cada grupo embora saibamos que a teoria não leve em consideração a realidade da área, família, suas dificuldades e carências, dentro do proposto e em comunhão com a realidade o curso cumpriu com o proposto, auxiliando e instruindo como lidar e interceder diante dessas adversidades encontradas na atenção básica e também com relação ao cronograma de atividades educativas, melhoria no trabalho em equipe e na puericultura que era a maior dificuldade de nossa unidade.

Para que toda estrutura da atenção básica possa funcionar, dando respostas adequadas às necessidades da comunidade e resolutividade é necessário estabelecer estratégias que permitam criar múltiplas respostas para o enfrentamento da saúde-doença além da prevenção de agravos, as estratégias que estabelecemos foram muito produtivas, interferiram nos hábitos comunitários, bem como os mobilizou para uma participação nas ações.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, M.B.S; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e saúde coletiva**. v.12 n.2, p. 455-464 Rio de Janeiro mar./ abr. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n° 36. 2013, 159 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família: Fundamentos e Diretrizes**. 2007, 68 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial**. Cadernos de Atenção Básica, n° 37. 2013, 128 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. 2012, 105 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. 2012.

BRASIL. Secretaria de políticas de saúde. **Revista de saúde pública**, v. 34, n. 3, p. 19-316, São Paulo, 2000.

SANTOS, Elenice Pinheiro. **Contribuição da Estratégia Saúde da Família Para a Consolidação do modelo Assistencial Preconizado pelo sistema Único de Saúde**. 2011, 31 p.

SANTOS, Jênifa Cavalcante; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev Esc Enf**, v. 46, n. 05, p. 1132-1125, 2012.

APÊNDICE A – Projeto de Intervenção

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Thiago Ernandes de Meneses

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL DOS
USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS DA
REGIÃO INSULAR DE ANANINDEUA/PA**

Ananindeua

2017

Thiago Ernandes de Meneses

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL DOS
USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS DA
REGIÃO INSULAR DE ANANINDEUA/PA**

Projeto de intervenção que será apresentado a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre para obtenção do título de especialista em saúde da família.

Orientador: Prof^a Eva Emanuela Lopes Cavalcante Feitosa.

Ananindeua

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	23
2 OBJETIVOS.....	25
2.1 OBJETIVO GERAL.....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	26
3.2 DIABETES MELLITUS.....	27
3.3 A EDUCAÇÃO NUTRICIONAL E O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS.....	29
4 METODOLOGIA.....	31
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	31
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	31
4.3 ETAPAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	31
4.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	33
5 RECURSOS NECESSÁRIOS.....	34
6 RESULTADOS ESPERADOS.....	35
REFERÊNCIAS.....	36

APÊNDICE-.....	39
APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS.....	40
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	41

RESUMO

Segundo Brasil (2008) as doenças crônicas são caracterizadas por ter longos períodos de latência, origem não infecciosa e por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais e, também, por ser um conjunto de doenças que têm fatores de risco semelhantes. Dentre essas estão hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Essas patologias tem origem multifatorial e são muito frequentes, comparadas a outras doenças crônicas, seu tratamento é constituído em medicamento e mudanças no estilo de vida. Os profissionais de saúde encontram grande resistência na adesão ao tratamento, em especial no que tange a adoção de hábitos saudáveis, levando a complicações desses doentes crônicos. Diante disso, surge a proposta de intervenção, para educação nutricional dos hipertensos e diabéticos cadastrados nas unidades Curuçambá Rural e Ilha Igarapé Grande em Ananindeua Pará. O projeto consiste em uma intervenção conjunta, envolvendo toda equipe de saúde da família voltada a educação em saúde, através de oficinas semanais. Espera-se com esse projeto intervir de forma positiva nas atividades diárias dessa população, fornecendo maior informação, bem como o envolvimento familiar nessas orientações e assim conseguir uma maior adesão ao tratamento e estabilização clínica desses clientes.

Palavras-chave: hipertensão. Diabetes. Tratamento. Orientação.

1 INTRODUÇÃO

A escolha pelo tema ocorreu a partir das consultas com os diabéticos e hipertensos, onde, verificou-se que estes encontravam dificuldades no controle pressórico e glicêmico, assim como dificuldade à adesão a reeducação alimentar.

Esses usuários são atendidos em duas unidades de Ananindeua-PA, a unidade Curuçambá Rural e a Ilha Igarapé Grande, as famílias fazem parte de um conjunto de 9 ilhas, que são a ilha de Viçosa, ilha de João Pilatos, ilha de Guajarina, ilha de Sassunema, ilha de Sororoca, ilha de São José da Sororoca, ilha do Arauari, ilha do Mutá e ilha de Santa Rosa. São 331 famílias cadastradas, 1269 pessoas e desses 79 são hipertensos e 29 diabéticos. A equipe de saúde da família é composta por um médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde.

Segundo Brasil (2008) as doenças crônicas são caracterizadas por ter longos períodos de latência, origem não infecciosa e por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais e, também, por ser um conjunto de doenças que têm fatores de risco semelhantes. Dentre essas estão hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

A hipertensão arterial e o diabetes conforme Silva et al (2006) são constituídos de tratamento medicamentoso e não medicamentoso sempre acompanhado por mudanças no estilo de vida. Assim, o sucesso do controle de

glicemia e pressão arterial depende da adesão do paciente ao tratamento e de práticas de saúde que estimulem a mudança do estilo de vida.

A Organização Pan Americana da Saúde (2003) descreve que controlar a hipertensão, níveis de glicemia e colesterol podem reduzir o risco de complicações e desacelerar sua progressão e que a prevenção primária de fatores de risco é realizada com alimentação saudável e atividade física regular.

De acordo com a American Diabetes Association (2004) Os hábitos de vida da sociedade moderna estão caracterizados pelo elevado consumo de dietas desbalanceadas e reduzida prática de exercícios físicos, que por sua vez trazem numerosas implicações para a saúde da população com aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, diabetes mellitus, resistência insulínica (RI), hipertensão arterial e síndrome metabólica.

Mendes e Zanetti (1993) referem que um dos maiores problemas que os profissionais de saúde encontram no processo de intervenção com diabéticos e hipertensos, é a baixa adesão ao tratamento, fenômeno recorrente no tratamento de doenças que exigem mudanças nos hábitos de vida, onde muitos programas educacionais em saúde falham por não levar em conta os aspectos psicológicos, culturais, sociais, interpessoais e as reais necessidades psicológicas da pessoa.

O foco de uma abordagem educativa segundo Ferraz et al (2000) deve envolver os aspectos subjetivos e emocionais que influenciam a adesão ao tratamento, indo além dos processos cognitivos.

Cervato et al (2005) ao falar de educação nutricional diz que esta da autonomia ao indivíduo, para que este possa assumir a responsabilidade pelos seus atos com relação à alimentação e está em consonância com a estratégia educativa do auto cuidado.

Ainda conforme o mesmo autor o grande desafio na educação nutricional é o desenvolvimento de abordagens educativas que permitam abraçar os problemas alimentares em sua complexidade, tanto na dimensão biológica, quanto na social e cultural. E para isso o setor de saúde deverá assumir a alimentação como o resultado das múltiplas interfaces entre os aspectos biológicos e socioculturais do processo do viver humano.

Assim, é essencial que a educação em saúde considere a realidade e a experiência dos pacientes, a informação que na saúde muitas vezes é proporcionada verticalmente, não permite que os pacientes tenham mais

participação e não considerem o que já sabem ou o que gostariam de saber, com isso em mente, o objetivo é transformar sujeitos que assumem uma atitude passiva em relação ao seu tratamento em indivíduos participativos e integrados aos processos de planejamento e de decisão.

Diante disso, surge a proposta de intervenção, baseada em ações educativas voltadas a reeducação nutricional, envolvimento da família no tratamento, estímulo à realização de atividades físicas e dessa maneira espera-se melhorar o controle pressórico e glicêmico da comunidade, assim como prevenir complicações.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar um projeto de intervenção para educação nutricional dos hipertensos e diabéticos cadastrados nas unidades Curuçambá Rural e Ilha Igarapé Grande em Ananindeua Pará.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Prevenir complicações das doenças não transmissíveis, através de práticas físicas e alimentação saudável;
- Compreender as dificuldades para promoção da alimentação saudável e desenvolver estratégias para tentar minimizá-las;
- Realizar ações educativas frequentes com a equipe de saúde da família, usuários e familiares;
- Verificar se houve melhora no controle da pressão e glicemia.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

De acordo com a VII diretriz brasileira de hipertensão arterial (2016) a hipertensão é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Esta patologia está frequentemente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros, como dislipidemia, obesidade, intolerância à glicose e diabetes mellitus.

Passos (2006) afirma que a hipertensão é uma das doenças crônicas mais frequentes e o principal fator de risco para complicações como a doença renal crônica, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), esta se caracteriza como um problema de saúde pública, devido à alta prevalência e as consequências sociais e econômicas.

Em relação à faixa etária, conforme Brasil (2013) a hipertensão arterial torna-se mais comum conforme a idade avança, ocorrendo em cerca de 3,8% dos indivíduos de 18 a 24 anos de idade, o que se eleva para 50% entre aqueles com 55 a 64 anos e atingindo seu pico entre as pessoas com 65 anos ou mais de idade (59,2%).

Em 2006, conforme Lopes e Araújo, 35% dos brasileiros com mais de quarenta anos apresentavam hipertensão o que equivale a 17 milhões de pessoas, essa condição, pode causar várias complicações, que geram hospitalizações e custos elevados (BRASIL, 2006). Sendo assim é de suma importância seu controle, evitando assim complicações futuras, contribuindo para uma vida de melhor qualidade.

Borges et al (2008) fala sobre sua natureza que é multicausal e os seus principais fatores de risco são distribuídos entre não modificáveis e modificáveis (estilo de vida, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada), entre eles associa-se a obesidade e o excesso de peso. Já história familiar pode ser classificada como um fator de risco não modificável.

O tratamento da hipertensão inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, cujo intuito é proteger órgãos-alvo, prevenir complicações cardiovasculares e renais. As medidas não medicamentosas segundo a 7 diretriz brasileira de hipertensão (2016) se mostram muito eficazes na redução da pressão, porém na maioria dos casos se torna limitada, devido a perda de adesão a médio e longo prazo.

Péres, Magna e Viana (2003) descrevem que uma das mais importantes dificuldades identificadas no atendimento aos pacientes hipertensos é a falta de aderência ao tratamento, pois além da utilização de medicamentos se faz necessário a modificação de hábitos de vida.

Barreto, Reiners e Marcon (2014) afirmam que pode haver relação entre a não adesão ao tratamento e o conhecimento do paciente sobre a doença e o regime terapêutico. Porém, essa relação precisa de maiores evidências. Para que os profissionais de saúde possam atuar de maneira mais eficaz, é necessário identificar os pacientes que não aderem ao tratamento, os motivos pelos quais isso ocorre e propor ações que atendam às reais necessidades dessa população.

Cesarini et al (2003) afirma que os profissionais de saúde são de suma importância, pois tem como função a educação em saúde. Nesse sentido a orientação aos pacientes com hipertensão arterial se faz necessária, pois, apesar dos inúmeros avanços tecnológicos relacionados ao diagnóstico e tratamento, por vezes os portadores não possuem conhecimentos básicos suficientes, o que pode influenciar na eficácia do tratamento.

3.2 DIABETES MELLITUS

Brito e Volp (2008), afirmam que diabetes mellitus é o nome de um grupo de disfunções crônicas que interrompe o modo com que o organismo aproveita os alimentos para fabricar a energia necessária para a vida, o qual é uma modificação no metabolismo dos carboidratos, que também altera lipídeos e proteínas. Sendo assim, há duas formas principais de diabetes (Tipo 1 e Tipo 2), bem como estados de intolerância à glicose, diabetes gestacional e diabetes causada por doenças pancreáticas.

O diabetes tipo I é caracterizado pela deficiência absoluta de secreção de insulina, devido, principalmente, à destruição autoimune das células beta-pancreáticas (SILVERTHORN, 2003);

No diabetes tipo 2 conforme Machado et al (2006) as células do corpo não conseguem utilizar a insulina de forma adequada, sendo que o pâncreas não é capaz de sintetizar quantidades de insulina em níveis suficientes para suprir as necessidades do organismo, por esse motivo há uma elevação dos níveis de glicose no sangue e as células ficam privadas de energia.

Essa patologia por na maior parte do seu curso ser assintomáticas, o diagnóstico e tratamento são por vezes negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão, por parte dos pacientes aos tratamentos prescritos (LIMA; GAIA; FERREIRA, 2012).

Machado et al (2006) afirma que se os níveis de glicemia não se mantiverem em níveis adequados, com o decorrer do tempo podem surgir muitas complicações, pois o excesso de glicose na corrente sanguínea danifica o sistema nervoso e os vasos sanguíneos, conseqüentemente ocorrem complicações cardiovasculares, neuropatia, nefropatia, amputações e retinopatia.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2015) seu diagnóstico ocorre através da identificação dos sintomas clássicos (poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso) e análise de exames laboratoriais, como glicemia casual maior que 200 mg/dl, glicemia de jejum maior que 126mg/dl e teste oral de tolerância à glicose (TTG-75g) maior que 200 mg/dl.

Porém muitas pessoas com diabetes mellitus são assintomáticas, o que dificulta o diagnóstico e o tratamento. Porém mesmo em indivíduos assintomáticos poderá haver hiperglicemia discreta, porém em grau suficiente para causar alterações funcionais ou morfológicas (BRASIL, 2015).

Assunção, Santos e Gigante ao falar do diabetes relatam que essa síndrome atinge um número cada vez mais elevado de pessoas, independente de sua classe social, sendo considerada um problema de saúde pública. A importância de se controlar o índice glicêmico, deve-se ao fato, dessa síndrome ser a sexta causa de morte primária no Brasil, ser a principal causa de cegueira e de amputação de membros.

Campos (2014) Justifica a alta incidência do diabetes pela mudança da dieta tradicional brasileira para uma alimentação caracterizada por elevada densidade calórica, teor de açúcar, sal e gorduras saturadas, que, junto ao sedentarismo, contribui para o desenvolvimento de doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Mahan e Escott-Stump (2005) falam que o tratamento do diabetes, além das medicações inclui, atividade física, terapia nutricional (T.N.), monitoramento da glicose sanguínea e educação de auto tratamento. Ainda segundo os mesmos autores há um fator importante no tratamento, que é proporcionar aos pacientes condições necessárias para garantir o controle eficiente da glicemia, pressão sanguínea e prevenir, retardar ou interromper as complicações do diabetes.

As diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015) reforçam a importância do acompanhamento e das orientações individualizadas, a fim de alcançar as metas do tratamento proposto e consideram a alimentação e a atividade física umas das principais estratégias para o controle.

Por todos esses fatores os profissionais da saúde têm o desafio de conscientizar seus pacientes, para que mudem seu estilo de vida e tenham uma dieta mais equilibrada, sem excessos, aliados a atividade física, para que não seja necessário tratamento medicamentoso e para que se possa prevenir as complicações (LOPES, 2009).

3.3 A EDUCAÇÃO NUTRICIONAL E O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

Silva et al (2012) ao falar sobre educação nutricional diz que esta é um meio em que os pacientes são incentivados a adquirirem comportamentos desejáveis em relação à nutrição e ao estilo de vida, desde que o indivíduo aceite e implante novos hábitos em seu cotidiano. Esta deve envolver uma série de fatores, atendendo todas as necessidades do paciente, como aspectos culturais, econômicos, necessidades clínicas e nutricionais com o objetivo de manter os níveis glicêmicos, pressóricos e

lipídicos adequados, proporcionando bem-estar ao paciente, evitando o desgaste metabólico e a morbimortalidade provindas das doenças.

Porazzi (2013) refere que o estudo das práticas alimentares é de grande complexidade e tem suscitado o desenvolvimento de instrumentos e métodos com o objetivo de identificar, diagnosticar e traçar o quadro nutricional da população a que se aplica, pois a alimentação humana envolve vários aspectos como o psicológico, fisiológico e sociocultural que devem ser observados pelos profissionais que o trabalho tenha relação com a promoção, recuperação da saúde e a prevenção das doenças.

Cuppari (2005) descreve que medidas alimentares no controle da pressão arterial são significativas e tem por objetivo não apenas o controle dos níveis tensionais, mas hábitos alimentares permanentes, para reduzir complicações através de modificações no estilo de vida.

Para se obter uma vida mais saudável é recomendado o auto cuidado com a alimentação, ressaltando o papel do aumento no consumo de frutas, verduras e grãos integrais, das atividades físicas regulares, a troca das gorduras de origem animal pelas de origem vegetal, pois trazem melhorias na pressão arterial, no metabolismo da glicose e reduz a gordura corporal. Assim como, diminuir as quantidades dos alimentos salgados e doces no regime alimentar, assim como a eliminação do tabagismo e menor consumo de álcool (OPAS, 2003 apud SILVA, 2012).

Porazzi (2013) acredita que os alimentos e a saúde de uma população estão associados a uma rede complexa de fatores que muitas vezes estão interligados com, por exemplo, a produção de alimentos a etnia, a classe social, etc. segundo ele é preciso analisar essas relações entre agricultura, alimentação, saúde e modo de vida das populações, pois o perfil nutricional e alimentar de uma comunidade não pode ser avaliado de forma isolada, ele é determinado por muitos fatores que devem ser considerados.

Por tanto a conduta nutricional deverá ter como foco o indivíduo, considerando todas as fases da vida, diagnóstico nutricional, hábitos alimentares, socioculturais, não diferindo de parâmetros estabelecidos para população em geral, considerando também o perfil metabólico e uso de fármacos (BRASIL, 2014a).

A educação nutricional é parte do plano alimentar como ferramenta para otimizar a aderência à terapia nutricional. Através do conhecimento é possível para o

portador de diabetes e hipertensão compreender a importância e influência dos alimentos na homeostase glicêmica e prevenção de complicações tardias (BRASIL, 2015).

Técnicas educativas devem ser diferenciadas de acordo com as características do indivíduo, como idade, escolaridade e tempo de diagnóstico. É um processo contínuo e têm como objetivos: adesão ao plano alimentar prescrito, independência quanto a trocas alimentares, atitudes e decisões em situações não rotineiras e conscientização da influência das escolhas alimentares no controle das patologias e na prevenção das complicações agudas e crônicas. A educação nutricional é a estratégia que confere melhor qualidade de vida e redução de custos institucionais (BRASIL, 2014a).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um Projeto de Intervenção voltado à educação em saúde em duas Unidades de Saúde da Família de Ananindeua, que terá duração de 6 meses, de agosto de 2017 à janeiro do ano de 2018, a fim de contribuir para a adesão ao tratamento não medicamentoso para o público de Hipertensos e Diabéticos.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo será desenvolvido na Unidades de Saúde da Família, Curuçambá Rural e Ilha Igarapé , localizada no município de Ananindeua no estado do Pará. A cidade possui população estimada de 510.834 habitantes, Área da unidade territorial 190,451 km², Densidade demográfica 2.477,55 hab/km², com índice de desenvolvimento humano de 0,718 (IBGE, 2010).

Ainda de acordo com dados do IBGE (2010) o Município possui 14 ilhas, que servem como um verdadeiro centro de reprodução de toda diversidade biológica da floresta Amazônica. As ilhas de Ananindeua são quase todas habitadas. Em cada um destes povoados é possível encontrar uma igreja, um campo de futebol, uma pequena escola e muito verde. A estrada do povo ribeirinho é o próprio rio e o seu meio principal de locomoção são as canoas, que levam e trazem o produtor, o aluno, o professor e o visitante pelos caminhos de rio.

4.3 ETAPAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

O projeto consiste em uma intervenção conjunta, envolvendo toda equipe. A primeira etapa será realizada pelos agentes comunitários de saúde, consiste em fazer uma relação nominal dos hipertensos e diabéticos de acordo com cada microárea e no agendamento das consultas de todos. Os usuários agendados e que aceitarem participar do projeto serão submetidos a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, depois de assinado será preenchido um questionário no momento das consultas. Serão destacados os clientes com maior dificuldade de adesão ao tratamento, que serão separados em grupos.

Posteriormente os clientes serão divididos em grupo de ambos os sexos, serão 4 grupos de acordo com a patologia (HAS ou DM), serão priorizados os que possuem mais dificuldades em realizar o tratamento. A intervenção consistirá na realização de oficinas com palestras e avaliação através de aferição de pressão, teste de glicemia capilar e IMC. Será feito um impresso para registrar esses dados e

fazer o controle de participação dos usuários. Os familiares também serão convidados a participar.

Participação das oficinas: médico, enfermeiro, agentes de saúde e técnico de enfermagem, terão realização semanal e como tema: alimentação saudável, atividade física e consequências da não adesão ao tratamento, serão confeccionados materiais educativos como folders e álbuns seriados, com as orientações nutricionais e as demais, descritas de acordo com os manuais do ministério da saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

A avaliação dos resultados da intervenção será realizada através de reunião em equipe, os instrumentos utilizados serão os registros nos questionários, que além da aplicação na primeira consulta, serão preenchidos também em todas as oficinas, será realizada busca ativa aos que não comparecerem. Após o término das oficinas os grupos serão divididos em 2, onde serão realizadas avaliações coletivas, com frequência mensal, durante todo o ano.

A atenção em grupos pode contribuir na promoção, proteção e controle do diabetes e hipertensão. Os grupos facilitam o exercício da autodeterminação e da independência, pois podem funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia e sentido para a vida, na autoestima e, até mesmo, na melhora do senso de humor, aspectos essenciais para ampliar a resistência e diminuir a vulnerabilidade. No convívio entre pessoas, criam-se vínculos que possibilitarão o surgimento de organizações ou, no mínimo, o seu incentivo, promovendo a inclusão social (GARCIA; YAGI; SOUZA; 2006).

4.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE 4 MESES	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN
REALIZAÇÃO DA RELAÇÃO NOMINAL DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS E AGENDAMENTO DAS CONSULTAS	x					
CONSULTAS E SEPARAÇÃO DOS GRUPOS PARA REALIZAÇÃO DAS OFICINAS		x				
CONFECÇÃO DOS MATERIAIS EDUCATIVOS			x			
PALESTRAS E AVALIAÇÃO				x	x	
AVALIAÇÃO DO RESULTADO						x

5 RECURSOS NECESSÁRIOS

Estrutural: As unidades básicas, onde as reuniões serão realizadas; Data show para exposição em multimídia, papel a4, canetas, financiamento das impressões dos folders e álbuns seriados, glicômetro, lâminas para controle de glicemia, estetoscópio, esfigmomanômetro, balança e fita métrica. Serão utilizados os instrumentos disponíveis nas unidades de saúde e os demais serão financiados pela equipe.

6 RESULTADOS ESPERADOS

A atenção primária tem grande responsabilidade no que tange a prevenção, o controle dos fatores de risco e as complicações de doenças crônicas como hipertensão e diabetes. É função desta, garantir uma educação em saúde, voltada ao autocuidado, atividade física, alimentação saudável e o uso regular das medicações, para o controle eficaz dessas patologias, e nesse processo educativo torna-se essencial, considerar o contexto em que o indivíduo se insere. As unidades Curuçambám Rural e Ilha Igarapé atendem uma comunidade ribeirinha, que tem um estilo de vida passado de geração à geração e tem uma relação de produção e consumo, porém a população ainda necessita de informação sobre conceitos básicos, principalmente no que diz respeito a alimentação. Dessa forma espera-se com esse projeto intervir de forma positiva nas atividades diárias dessa população, fornecendo maior informação, bem como o envolvimento familiar nessas orientações e assim conseguir uma maior adesão ao tratamento dos doentes crônicos e estabilização clínica desses clientes.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Gilmara Barbosa da Silva; GARCIA, Telma Ribeiro. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletr. Enf**, v 8, n. 2, p. 72-259, 2006.
- ASSUNÇÃO Maria Cecília F; SANTOS Iná da Silva; GIGANTE, Denise P. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev Saúde Pública**, v.35, p. 88-95, 2001.
- BARRETO, Mayckel da Silva ; REINERS, Annelita Almeida Oliveira; MARCON, Sonia Silva. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 484-490, mai./jun, 2014.
- BORGES, Hilma Paixão, et al. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em Adultos, Belém, Pará, 2005. **Arq Bras de Cardiologia**, v. 91, n. 2, p. 110-118, 2008.
- BRASIL, Ministério da saúde. **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, nº 36, edição 1, Brasília DF: Ministério da saúde, 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL, Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças crônico degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, 2003.
- BRASIL, **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**: Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arq. Bras. Cardiol.** v.95 n.1 supl., São Paulo, 2010.
- BRASIL. American Diabetes Association. **Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus**. **Diabetes Care**, v. 37, n. 1, p. 81- 90, 2014a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006.
- BRASIL. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2015.

BRITO, Ciro José; VOLP, Ana Carolina Pinheiro. **Nutrição, Atividades Físicas e Diabetes**. Revista Digital, Buenos Aires, n. 3, p. 119, 2008.

CAMPOS, Thais Silva Pereira. **Percepções das Pessoas com Diabetes Mellitus Acerca da Doença e das Complicações**. Florianópolis, SC, 2014. 144 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.

CERVATO, Ana Maria, et al. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade.. **Rev Nutr**, v.18, n. 1, p. 41-52. Jan/Fev, 2005.

CESARINI, Paulo R. Diabetes mellitus do tipo 2 na infância e adolescência: revisão da literatura. **J Pediatr**, v.79, n. 3, p. 8-20, Rio de Janeiro, 2003.

CUPPARI, Lilian. **Guia de Nutrição: Nutrição Clínica no Adulto**. 2. ed. Revista e Ampliada São Paulo: Manole, 2005.

GARCIA, Maria Alice Amorim; YAGI, Gilson Hiroshi; SOUZA, Caio Silverio. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. Rev. **Latino-Am. Enfermagem**, v.14, n.2, p.175-182, mar./abr. 2006.

LIMA, Aisleide de Souza ; GAIA Edviges de Souza Magalhães ; FERREIRA, Micherllayne Alves . A importância do Programa Hipertensão em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Rev Saúde Coletiva em Debate**, v.2, n. 1, p. 30-29, dez. 2012.

LOPES, Antônio Carlos, et al. **Tratado de Clínica Médica**. 2 ed. v.2. São Paulo: Roca, 2009.

LOPES, R. D; GUIMARÃES, H. P. **Avaliação Clínica do Paciente Hipertenso**. Seminários Brasileiros em Medicina, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 10-13, 2006.

MACHADO, Ana; OHLSON, Melissa; DANDONA, Paresh. **Comer bem para combater o diabetes**. Tradução de Thais Miremis Sanfelippo da Silva Amadio. 1 ed. São Paulo: Riddel, 2006.

MAHAN, Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia; RAYMOND, Janice L . **Krause : alimentos, nutrição e dietoterapia**. [tradução Claudia Coana... et al.]. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2012.

MALACHIAS, MVB et al, **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Sociedade Brasileira de Cardiologia, v. 107, n. 3, supl. 3, Setembro 2016.

PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços da Saúde**,v.15, n.1, p.35-45,2006.

PERES, Denise S; MAGNA, Jocelí Mara; VIANA, Luís Atílio. Portador de Hipertensão Arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e prática. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003.

PORAZZI, Fabiele. **Agricultores Ecológicos e relações entre estado nutricional, alimentação e agrobiodiversidade**, 2013. Dissertação (mestrado em agroecossistemas) – programa de pós graduação em agrossistemas, centro de ciências agrárias, universidade federal de Santa Catarina. 2013.

SILVA, Jéssica Gonçalves. **A influência da educação nutricional no controle do diabetes mellitus tipo 2**. Curso de Nutrição da Faculdade Atenas. 22p.2012.

SILVA, Terezinha Rodrigues 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**, v.15, n.3, p.180-189, set-dez, 2006.

SILVERTHORN, D.U. **Fisiologia Humana: Uma Abordagem Integrada**. Barueri (SP): Manole, 2003.

APÊNDICE

APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

1 NOME: _____

2 DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

3 PATOLOGIA:

HAS ()

DIA ()

4 PESO: _____

5 ALTURA: _____

6 CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL: _____

7 GLICEMIA: _____

8 PRESSÃO ARTERIAL: _____

9 FAZ USO DE ALCOOL OU OUTRAS DROGAS?

SIM ()

NÃO ()

10 TEM O HÁBITO DE COMER FRUTAS E/OU VERDURAS?

SIM ()

NÃO ()

11 REALIZA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA?

SIM ()

NÃO ()

12 COM QUE FREQUÊNCIA COMPARECE PARA CONSULTA?

MENSAL ()

BIMESTRAL ()

TRIMESTRAL ()

APÊNCIDE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS DA REGIÃO INSULAR DE ANANINDEUA/PA

Sr(a) está sendo convidado (a) a participar do projeto acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____,
residente e domiciliado na _____,
portador da Cédula de identidade, RG _____, e inscrito no
CPF _____ nascido (a) em ____ / ____ / _____, abaixo
assinado (a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário
(a) do projeto de intervenção para educação nutricional dos usuários com
hipertensão arterial e diabetes mellitus da região insular de Ananindeua/PA

O participante da pesquisa fica ciente:

I) Participará da pesquisa intitulada da acima que tem por objetivo realizar um projeto de intervenção para educação nutricional dos hipertensos e diabéticos cadastrados nas unidades Curuçambá Rural e Ilha Igarapé Grande em Ananindeua Pará;

II) Os dados serão coletados em Ananindeua através de questionário;

III) O participante da pesquisa (ou voluntário da pesquisa) não é obrigado a responder as perguntas realizadas no questionário de avaliação;

V) A participação não causará a você nenhum gasto com relação aos procedimentos efetuados com o estudo;

VI) O participante da pesquisa (ou voluntário da pesquisa) tem a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;

VII) A desistência não causará nenhum prejuízo a sua saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;

VIII) A sua participação neste projeto contribuirá para acrescentar à literatura dados referentes ao tema, direcionando as ações voltadas para a promoção da saúde e não causará nenhum risco a sua integridade física, psicológica, social e intelectual;

IX) O participante da pesquisa não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária;

X) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo;

XI) O participante da pesquisa concorda que os resultados sejam divulgados em publicações científicas, desde que seus dados pessoais não sejam mencionados;

XII) Durante a realização da pesquisa, serão obtidas as assinaturas dos participantes da pesquisa e do pesquisador, também, constaram em todas as páginas do TCLE as rubricas do pesquisador e do participante da pesquisa;

XIII) Caso o participante da pesquisa desejar poderá pessoalmente, ou por meio de telefone entrar em contato com o Pesquisador responsável para tomar conhecimento dos resultados parciais e finais desta pesquisa.

Desejo conhecer os resultados deste projeto.

Não desejo conhecer os resultados deste projeto.

Ananindeua, _____ de _____ de 2017

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Desta forma autorizo a minha participação na referida pesquisa acima citada.

Assinatura do participante: _____