

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

DEGAR PUENTES VASCONCELOS

**MUDANÇA DOS HÁBITOS NUTRICIONAIS DOS HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PEDRA FURADOS
EM NOVA ERA - MG**

IPATINGA- MINAS GERAIS

2016

DEGAR PUENTES VASCONCELOS

**MUDANÇA DOS HÁBITOS NUTRICIONAIS DOS HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PEDRA FURADOS
EM NOVA ERA - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Ms. Regina Maura Rezende.

**Nova Era - MG
2016**

DEGAR PUENTES VASCONCELOS

**MUDANÇA DOS HÁBITOS NUTRICIONAIS DOS HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PEDRA FURADOS
EM NOVA ERA - MG**

Banca Examinadora

**Orientador: Prof. Ms. Regina Maura Rezende - Universidade Federal do
Triângulo Mineiro - UFTM .**

**Examinadora: Zilda Cristina Dos Santos – Universidade Federal do Triângulo
Mineiro - UFTM**

Aprovado em Belo Horizonte __/__/16

DEDICATÓRIA

À minha família que permite meu desenvolvimento e confiarem em meu potencial para esta conquista. Obrigado.

AGRADECIMENTOS

A meus companheiros pelo seu apoio e disponibilidade.

| A minha orientadora, com suas valiosas considerações foi possível realizar este trabalho.

RESUMO

O Diabetes Mellitus e a HAS são condições crônicas de alta prevalência e difícil controle. São consideradas fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares, as quais são responsáveis por um alto número de internações e configuram a principal causa de morte no Brasil. Este trabalho tem por objetivo propor ações educativas para empreender mudanças nos hábitos alimentares, direcionadas a usuários com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial na saúde da família em Nova Era - MG. Para elaboração da proposta de intervenção, foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação, utilizando o planejamento estratégico situacional. Verificou-se na literatura que a educação do paciente com hipertensão e diabético sobre sua patologia, a seriedade das complicações, os mecanismos de prevenção, além das técnicas de autocuidado, são elementos indispensáveis para um tratamento adequado da doença. Na intervenção pretende-se realizar educação em saúde pelos integrantes da equipe, assim como reforçar o sistema de autocuidado dos pacientes e capacitação primeiramente dos profissionais participantes. Os resultados obtidos por meio da implantação de programas efetivos de educação são notadamente positivos. Este projeto almeja proporcionar a tais usuários um controle mais eficaz da doença e uma melhora na qualidade de vida dos mesmos, apoiando-se na prevenção, no estímulo ao autocuidado, na promoção da adoção e hábitos no estilo de vida e na participação em seu tratamento.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Educação em saúde.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus and Hypertension are chronic conditions of high prevalence and difficult to control. Are considered one of the modifiable risk factors for cardiovascular diseases, which are responsible for a high number of hospitalizations and constitute the leading cause of death in Brazil. This paper aims to propose educative actions to undertake changes in eating habits, aimed at users with Diabetes Mellitus and Hypertension on family health in New Era-MG. For the preparation of the proposal, were performed three steps: Situational diagnosis, review and preparation of the plan of action, using the situational strategic planning. It was found in the literature that the education of the patient with hypertension and diabetic about its pathology, the seriousness of complications, prevention mechanisms, in addition to self-care techniques, are essential elements for a proper treatment of the disease. In the intervention intends to conduct health education by team members, as well as strengthening the system of self-care of patients and the professionals' first training participants. The results obtained through the implementation of effective education programmes are mainly positive. This project aims to provide such users a more efficient control of the disease and an improvement in quality of life, based on prevention, in stimulating the self-care, in promoting the adoption and lifestyle habits and participation in treatment.

Keywords: Diabetes Mellitus, hypertension, health education.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	JUSTIFICATIVA.....	17
3	OBJETIVO.....	19
4	METODOLOGIA.....	20
5	REVISÃO DA LITERATURA.....	22
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	27
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
	REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

Típica cidade mineira, o município de Nova Era está inteiramente localizado na Bacia do Rio Piracicaba, que tem relevante importância econômica para Minas Gerais. Situada a uma altitude de 526m, às margens do Rio Piracicaba, a cidade de Nova Era tem uma localização geográfica privilegiada, possui área de 364 km², com 17528 habitantes. (IBGE 2010). Fica entre a Região Metropolitana de Belo Horizonte e o Vale do Aço, sendo cortada pela Rodovia BR 381 e a 20 km a BR 262, corredores de transação de mercadorias e produtos industrializados entre o sul e o norte do país, além da ferrovia da VALE que é um corredor de exportação para os portos do Espírito Santo, recebendo, portanto, fortes influências econômicas desses importantes pólos de desenvolvimento de Minas Gerais. (IBGE 2010)

1.1 Histórico de criação do município

O primeiro topônimo foi São José da Lagoa, em homenagem ao Santo do dia (São José, 19 de março) em que os primeiros desbravadores chegaram à margem de uma grande lagoa. Admite-se que este fato teria ocorrido em 1703, quando da passagem de Antônio Dias de Oliveira e dos Irmãos Camargos pelas margens auríferas do rio Piracicaba. (PERFEITURA MUNICIPAL DE NOVA ERA, 2014)

A existência, ainda hoje, de montões de cascalhos e de canais de captação de água em vários pontos do município são provas evidentes de que a mineração foi o fator preponderante na fixação dos primeiros moradores. Posteriormente, seja por exaustão das minas e dos garimpos, ou por excessivo rigor fiscal na tributação do trabalho dos fiscoadores e garimpeiros, a primitiva ocupação cedeu lugar à lavoura, surgindo várias fazendas. As principais foram as de Rio do Peixe, Figueiras, Perdões, Barra do Ribeirão das Cobras (“Barra do Prata”), Corrientes, Vargem e Mato Dentro. (PERFEITURA MUNICIPAL DE NOVA ERA, 2014)

O município pertence à Microrregião de Itabira e à mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte. Conforme já mencionado, o município se situa a uma altitude de

526m, às margens do Rio Piracicaba, apresentando uma localização geográfica privilegiada. Seu centro urbano fica:

- A 3 km da Estrada de Ferro Vitória – Minas (EFVM) – Estação de Drumond (utilizada para carga e descarga pela Vale) e a 15 km da Rodovia BR 262, permitindo sua ligação rodo-ferroviária com o porto de Vitória;
- A 110 km da Rodovia BR116 (Rio - Bahia), fazendo sua ligação com o Rio de Janeiro e Nordeste;
- Às margens da BR 381, que viabiliza sua ligação com São Paulo;
- A 75 km do Aeroporto de Ipatinga e a 150 km do aeroporto internacional de Confins;
- A 60 km da R.M. Vale do Aço;
- Ela é cortada pela BR-120 que faz sua ligação com a Zona da Mata e o norte de Minas. (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA ERA, 2014)

1.2 - Aspectos socioeconômicos

A companhia Vale do Rio Doce (CVRD), hoje Vale, tem grande importância econômica e social no seu desenvolvimento na cidade. Destaca-se também a construção de outra grande usina siderúrgica de carvão vegetal, às margens do Rio Piracicaba, na região do Vale do Aço, a apenas 60 km da cidade: a ACESITA (Aços Especiais de Itabira). Com ela, aumentou muito a produção e o comércio de carvão vegetal em toda a região, o que trazia, como consequência, o desmatamento descontrolado de nossas florestas.

O município de Nova Era se consolidou também como um importante entreposto comercial para o transporte ferroviário de minério de ferro, madeira, gado e outras mercadorias. Foram instaladas várias pequenas indústrias (móveis, alimentos), e o seu comércio continuou crescendo, próximo a Estação Ferroviária e na Rua do Comércio.

Em 1956, foi criada a Usina Siderúrgica de Minas Gerais (USIMINAS). Nos anos seguintes, a cidade se modernizou e se especializou na prestação de serviço, principalmente o comércio. Nas décadas de 1960 e 1970, a CVRD, hoje Vale, cresceu muito e se consolidou como uma das maiores empresas de mineração do mundo. Durante toda a década de 1970, a CVRD fez a exploração do minério de ferro em Nova Era, na jazida do Piçarrão, construindo ali uma usina de concentração do minério. Nesse período, esta foi a principal atividade econômica do município. Na

década dos anos 1980, exaurida a jazida do Piçarrão, a CVRD, hoje Vale, criou em Nova Era a empresa ELETROVALE, especializada na produção de ferro silício para o mercado interno e externo. Em 1984, a ELETROVALE mudou seu nome e composição acionária, passando a se chamar NOVA ERA SILICONE, mantendo a produção na mesma unidade industrial do Piçarrão. Ainda na década de 1980, se iniciou de forma mais intensa em Nova Era a exploração de pedras preciosas (esmeraldas, águas marinhas) na jazida de Capoeirana. (PREFEITURA MUNICIPAL NOVA ERA 2014)

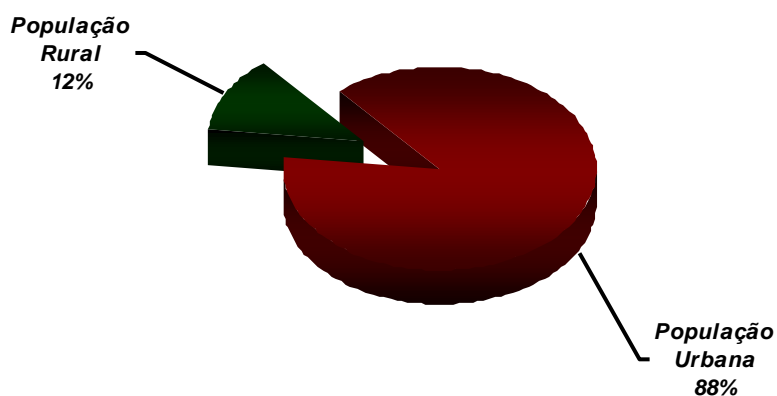
As principais atividades econômicas do município são:

- Comércio;
- Prestação de serviços;
- Agricultura e pecuária de pequeno e médio porte;
- Indústrias de pequeno porte;
- Transporte ferroviário de minério de ferro e passageiros;
- Silvicultura (produção de eucalipto): CENIBRA e NOVA ERA SILICONE;
- Geração de Energia elétrica: UHE-GUILMA-AMORIM, no Rio Piracicaba;
- Extração mineral: garimpo de esmeraldas em Capoeirana;
- Produção industrial: 01 empresa de médio porte NOVA ERA SILICONE.

1.3 - Aspectos Demográficos

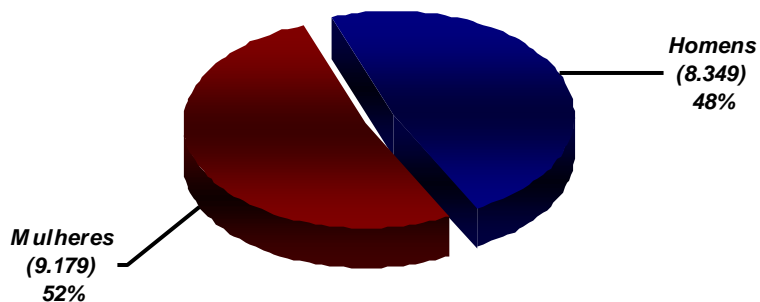
O município de Nova Era tem população total de 17.528 habitantes em uma área total de 361.926 Km², sendo a densidade demográfica 48,43 hab./Km². Aproximadamente 88% da população reside em área urbana, totalizando 15.420 habitantes. Os demais (2.108) residem em zona rural. (IBGE, 2010)

**População urbana e rural do município de Nova Era
(IBGE-2010)**



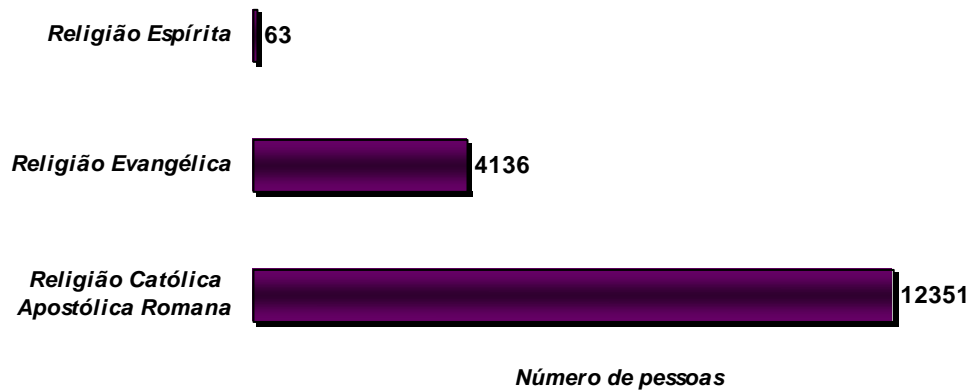
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010

**População residente do município de Nova Era
Por Sexo (IBGE-2010)**



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010

**População residente do município de Nova Era
Por Religião (IBGE - 2010)**



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010

1.4 - Sistema Local De Saúde - Dados Gerais:

Os serviços de saúde do município de Nova Era são jurisdicionados pela Gerência Regional de Saúde de Itabira. Pertence à região ampliada Centro e à região de saúde, João Monlevade. Os serviços consorciados são ofertados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Piracicaba (CISMEPI).

A Comissão Intergestora Regional (CIR) é órgão de instância colegiada, não paritária, de natureza permanente, cujas decisões são tomadas por consenso, em conformidade com as disposições estabelecidas pelo Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS 399 de 22 de Fevereiro de 2006), constituindo-se em um espaço de planejamento, patacão e congestão solidária entre os gestores municipais do estado de Minas Gerais. Tem as funções de atualizar e acompanhar a PPI de atenção à saúde, desenhar o processo regulatório com definição de fluxos e protocolos, estimular estratégias de qualificação do controle social, constituir um processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional, instituir um processo dinâmico de planejamento regional. Nova Era pertence à Comissão Intergestora Regional de João Monlevade.

Hiperdia é um programa desenvolvido pela Secretaria de Saúde, do município de Nova Era que visa manter um cuidado especial com as pessoas que sofrem com a doença de hipertensão arterial, ou popularmente conhecida como “pressão alta” e com a Diabetes.

Este programa é realizado em todas as comunidades, onde a equipe de profissionais de Saúde se reúne mensalmente com os pacientes e executam ações educativas e preventivas com palestras e atividades físicas, que visam acompanhar e monitorar a hipertensão e o diabetes nos pacientes assistidos pelo Hiperdia. Não obstante com a baixa cobertura de médicos na Estratégia de Saúde da Família, torna-se difícil criar vínculo, conhecer as famílias, realizar ações de maneira qualificada com esse contingente populacional, pois a proporção, no Município de Nova Era encontra-se em torno de 8.769 habitantes por médico do PSF.

Há uma ausência de profissionais nos locais de trabalho tanto no setor público como privado. Os mesmos estão sobrecarregados, trabalham em condições precárias, em jornadas exaustivas e recebem baixos salários. Quando se fala em condições salariais, a situação é pior no setor público, com salários menores do que a média do mercado de trabalho. Já nos municípios, os salários são muito baixos e há problemas na contratação, que muitas vezes é irregular, através de cooperativas, prestação de serviços autônomos e contrato de emergência.

1.5 Território / Área De Abrangencia

A povoada Pedra furada pertencente ao PSF da vila Santa Rosa possui 783 habitantes e 395 famílias com uma alta prevalência de diabéticos e hipertensos, assim como de casos de descontrole destas doenças. Até março de 2015, esta equipe era responsável por 178 hipertensos (22,73% da população), e 41 diabéticos (5,23%).

Modificações do estilo de vida, em especial a alimentação saudável, são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção destas doenças.

Ao realizar a priorização dos problemas a equipe de saúde levou em consideração a importância, urgência, capacidade de enfrentamento. Desse modo, O problema priorizado para a realização do projeto de intervenção foi Incremento do número de pacientes hipertensos e diabético, assim como dos casos com descontrole desta doença atendidos na consulta.

Estas doenças têm uma alta incidência e prevalência em nossa Unidade Básica de Saúde. A prevalência estimada de hipertensão em 2006 em Brasil foi de 24,45%, e hoje ela se há incrementado mais até 25%. E, na área de abrangência de 783 habitantes, tem um comportamento muito similar. Em 2014 a prevalência foi de 21;45, de 186 hipertensos cadastrados só tinham acompanhamento 175, em 2015 no mês de março tinham 178 hipertensos cadastrados com prevalência de 22,73%. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2013)

O diabetes é comum e de incidência crescente. Estima-se que, em 1995, atingia 4,0% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará a cifra de 5,4%. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA DIABETES MELLITUS, 2013)

Em Pedra Furada, pertencente ao PSF Vila Santa Rosa, no ano de 2014, 35 pacientes diabéticos foram cadastrados e só 30 foram acompanhados e a prevalência foi 4,46%. Nas consultas foram detectados pacientes com descontrole secundário de dislipidemias por maus hábitos nutricionais na maioria dos casos, e, o mesmo ocorre com os hipertensos e temos muitos pacientes que sofrem as duas doenças, o que agrava ainda mais seu evolução. Em 2015 no mês de março tinham 41 diabéticos cadastrados com prevalência de 5,23%.

As principais causas do problema escolhido são:

1. Alimentação inadequada ou deficiente na maioria dos pacientes hipertensos e diabéticos.
2. Educação insuficiente sobre a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus.
3. Falta de conhecimentos sob estas doenças.
4. Pouca adesão dos pacientes ao tratamento dietético e mudanças de hábitos nutricionais.
5. Processo de trabalho do PSF inadequado para enfrentar o problema.

Nos críticos e suas justificativas.

1. Alimentação inadequada ou deficiente na maioria dos pacientes hipertensos e diabéticos.
→ Através da educação em saúde participativa será possível conseguir que estes pacientes apreendam os conceitos de alimentação saudável e se convertem em promotores na comunidade.
2. Educação insuficiente sobre a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus.

- Acompanhamento da equipe de saúde para aumentar o nível aprendizagem dos pacientes com estas doenças.
- 3. Falta de conhecimento sobre estas doenças.
 - Realizar trabalho educativo em que esses pacientes devem ser inseridos e lhes ensinar o que são a hipertensão e o diabetes e seus fatores de risco.
- 4. Baixa adesão dos pacientes ao tratamento dietético e mudanças de hábitos nutricionais.
 - Com grupos educativos a equipe conseguirá, aos poucos, uma boa mudança nos hábitos alimentares incluindo atividade física, e melhorando a qualidade de vida destes pacientes.
- 5. Processo de trabalho do PSF inadequado para enfrentar o problema.
 - Será organizado trabalho em equipe, bom acolhimento e dar ênfase nos principais problemas de forma ordenada.

Em relação aos nós críticos do problema é possível citar: a alimentação inadequada ou deficiente na maioria dos pacientes hipertensos e diabéticos educação insuficiente sobre a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus, a falta de conhecimento sobre estas doenças, pouca adesão dos pacientes ao tratamento dietético, e mudanças de hábitos nutricionais, e, o processo de trabalho de ESF inadequado para enfrentar o problema.

Porém, de acordo com os critérios de governabilidade, urgência e impacto, o problema eleito como prioridade foi: Incremento do número de pacientes hipertensos e diabético assim como dos casos com descontrole desta doença, atendidos na consulta. Para selecioná-los considerou-se não somente sua importância médica e a capacidade global para enfrentá-los, mas, também o interesse da equipe sobre o tema.

Segundo Campo, Farias e Santos (2010, p 36) a estimativa rápida:

[...] “constitui, um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem grandes gastos, constituindo uma ferramenta importante para apoiar um processo de planejamento participativo

Sendo assim, este trabalho tem como foco a elaboração de uma proposta de intervenção com ações educativas direcionadas aos usuários diabéticos e hipertensos de nossa área de abrangência.

2- JUSTIFICATIVA

O Projeto se justifica uma vez que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus são doenças crônicas muito freqüentes no município, no Brasil, e na maioria dos países do mundo, sejam esses desenvolvidos ou subdesenvolvidos, ou ainda, em vias de desenvolvimento.

A Hipertensão é um dos dois mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doenças arterial coronária e em combinação com o diabetes, 10% dos casos de insuficiência renal terminal. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL 2010)

Ainda nesse sentido,

“O diabetes apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45 % terão algum grau de retinopatia, 10 a 20% de nefropatia, 20 a 35% de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular”. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES MELLITUS 2010)

Na reunião de equipe, a discussão dos principais problemas identificados no diagnóstico situacional, houve concordância e eleito como crítico: Incremento dos usuários hipertensos e diabéticos, assim como dos casos com descontrole destas doenças atendidos nas consultas.

Estas doenças foram consideradas como um problema de saúde mundial, pois seu incremento ocorre em conformidade em todos os países do mundo; são causas de hospitalizações, complicações, seqüelas severas e mortes em idades ainda produtivas (cardiovasculares, cerebrovasculares e renais), ademais, são fatores de riscos de outras doenças.

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo, quanto ao consumo de sal, controle de peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool, são fatores de risco que devem ser abordados e

controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial”

Na Unidade existe um acompanhamento destas doenças, mas ainda não empreende a transformação no modo e estilo de vida e dos fatores de risco, para isso, é necessário elaborar o presente projeto de intervenção visando buscar diminuir sua incidência, e levar ao controle adequado dos pacientes acompanhados nas consultas.

3- OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS

Propor ações educativas direcionadas a modificar hábitos nutricionais em usuários com Diabetes Mellitus e hipertensão arterial na saúde da família em Nova Era - MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Realizar oficinas de educação em saúde para a população portadora de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial para melhorar o conhecimento das doenças e suas complicações.
2. Orientar os familiares acerca de sua importância no apoio e incentivo na busca de melhoria de saúde e qualidade de vida dos usuários da unidade.

4- METODOLOGIA

O presente trabalho se trata de um projeto de intervenção, cuja atenção consiste em modificar os hábitos nutricionais dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus. O estudo será realizado no ano 2016 no PSF Pedra Furada, do município Nova Era/ MG.

Para a construção desse projeto foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros. Os descritores utilizados nesse trabalho foram: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Educação em saúde. Os dados obtidos na realização do diagnóstico situacional foram utilizados na construção do plano de ação do Projeto de Intervenção, tendo em conta os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, e que nortearam todo o processo, sendo eles:

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas conseqüências);
- b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto à dimensão do problema e sua quantificação);
- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importante a serem enfrentadas);
- f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);

- h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, sensibilizar com informações para construção de conhecimentos, a fim de mudar sua posição);
- i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

5- REVISÕES DA LITERATURA

O crescimento epidêmico das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), principalmente doenças cardiovasculares e Diabetes Mellitus (DM) do tipo 2, pode ser atribuído ao aumento da exposição aos principais fatores de risco para essas doenças e às mudanças na pirâmide demográfica, com o aumento da longevidade da população. Além disso, a maioria dos países em desenvolvimento passa por uma transição nutricional, acarretando o aumento expressivo da obesidade, o que também explica o crescimento da incidência das DCNT1. Em 2003, estimava-se que havia, aproximadamente, 150 milhões de diabéticos no mundo, sendo previsto o dobro do número de portadores desta doença no ano de 2025. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA DE DIABETES MELLITUS 2013)

De acordo com o Estudo Multicêntrico, realizado em nove capitais brasileiras sobre a prevalência do DM, existem no País 7,6% de indivíduos diabéticos na faixa etária de 30 a 69 anos de idade. No Brasil, a mortalidade por doenças crônicas aumentou significativamente, sendo considerada a principal causa de morte em vários estados. Neste contexto, o diabetes encontra-se entre as 10 causas principais de óbitos no País. Estima-se que 11,0% da população brasileira com mais de 40 anos seja portadora de DM. Tal coeficiente de prevalência traduz a gravidade do problema e fornece subsídios para o planejamento das ações de saúde que visem à prevenção ou ao controle da doença. O Ministério da Saúde desenvolveu uma campanha por meio do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus objetivando, em sua primeira fase (realizada no período de março a abril de 2001), promover um rastreamento na comunidade com pessoas apresentando idade de 40 anos ou mais e com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), para a detecção daqueles indivíduos suspeitos de portarem DM e Hipertensão Arterial (HA). (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2009)

Investigações demonstram que a maior parte dos diabéticos encontra-se sem diagnóstico, o que é esperado pela história natural da doença, que pode ser oligossintomática por vários anos. Ao receberem o diagnóstico de DM do tipo 2, muitos indivíduos já apresentam alguma complicação crônica da doença, que, além de onerar o sistema de saúde, compromete a qualidade de vida destes indivíduos. Assim, o diagnóstico precoce da doença é fundamental para que o controle glicêmico seja atingido e a manifestação de complicações, como a hipertensão

arterial e dislipidemia, seja prevenida. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA DE DIABETES MELLITUS, 2013)

O HAS apresenta-se como um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade, representando o tipo de morbidade mais freqüente na população brasileira. Definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica, a HA vem atingindo cada vez mais pessoas adultas, em especial os mais idosos, e adultos jovens, estimando-se que atinja, aproximadamente, 22% da população brasileira acima de 20 anos. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2013)

A prevalência de hipertensão na população urbana adulta brasileira varia, de acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, de 22,3% a 43,9%, sendo maior nas Regiões Nordeste (7,2% a 40,3%) e Sudeste (5,5% a 32,7%). Essas prevalências são similares às de países desenvolvidos, como os Estados Unidos, onde, entre os anos de 1999 e 2000, 28,7% da população adulta era hipertensa. O tratamento de Doenças Cardiovasculares (DCV) não é encarado com a seriedade devida; pela prevenção, pode-se reduzir o risco modificável desta e de outras doenças como a hipertensão arterial e diabetes, além de contribuir para a diminuição do custo social das mesmas. No Brasil, as DCNT foram responsáveis pela maior parcela dos óbitos e das despesas com assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde, totalizando cerca de 69% dos gastos com atenção à saúde em 2002. Desde a década de 1960, as doenças cardiovasculares vêm liderando as causas de óbitos no Brasil. Atualmente, elas são a causa básica de morte de cerca de dois terços do total de óbitos por causas conhecidas no Brasil. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES MELLITUS, 2009)

É importante destacar que as DCNT são de etiologia multifatorial e compartilham de vários fatores de riscos modificáveis, como o tabagismo, a obesidade, a dislipidemia, a inatividade física e a alimentação inadequada. Estudos epidemiológicos ressaltam que as DCV seriam, por exemplo, uma causa relativamente rara de morte na ausência destes principais fatores de risco. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

Os programas que visam à educação do usuário diabético devem ter como objetivos principais a aquisição de conhecimentos atitudes e habilidades necessárias à convivência e manejo da doença. Os resultados obtidos por meio da implantação de programas efetivos da educação em DM, com estímulo ao autocuidado e às modificações comportamentais são notadamente positivos sobrepondo os custos relacionados à sua implementação (KEERS et al., 2005; BOREN et al., 2009).

De acordo com DAMIANI (2008), cerca de 80% dos casos novos de doenças ocorridos em países desenvolvidos nas décadas de 1970 e 1980, poderiam ser explicados pela ingestão de dieta inadequada e pela inatividade física. Destaca-se que a ingestão de uma alimentação adequada é importante para que o controle do diabetes e da hipertensão seja atingido. São necessárias mudanças dos hábitos alimentares, favorecendo um melhor controle metabólico, do peso corporal e da pressão arterial. No entanto, como esses hábitos têm geralmente suas bases fixadas dentro do núcleo familiar, ainda na infância, os mesmos são difíceis de serem modificados, o que torna a intervenção do nutricionista importante, com vistas à conscientização e ao empoderamento da população, considerando os aspectos psicológicos, socioculturais, educacionais e econômicos.

A transição epidemiológica, demográfica e nutricional no País deve servir de incentivo para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, de prevenção e controle dos principais fatores de risco comuns. Partindo do pressuposto que as medidas de educação em saúde não devem ser autoritárias e normativas, mas sim dialógicas, destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), como locus para trabalhar estas questões junto à comunidade. Na ESF, os profissionais de saúde devem estar capacitados para prestar assistência integral à população. O cuidado em saúde deve ser participativo e humanizado, visto que é imprescindível integrar o saber técnico ao saber popular para melhor direcionar as ações de saúde, intervir de forma mais efetiva, ao envolver a população e/ou os grupos populacionais no processo de cuidado, proporcionar mudança no estilo de vida e melhoria na qualidade de vida dos indivíduos e famílias.

O conhecimento técnico-científico nem sempre deverá ser transmitido a todos que dele necessitam da mesma forma; é importante adaptá-lo à realidade de cada indivíduo e dos grupos populacionais de maneira que este possa ser aplicado em conformidade à realidade socioeconômica e educacional e, dessa forma, associado

a algum aspecto da vida e da família desses indivíduos. (CORREA, VASCONCELOS, SOUZA, 2013)

As estratégias que envolvem a alimentação e nutrição, como formas de intervenção, tornam-se imprescindíveis a qualquer programa que vise, a partir do princípio da integralidade das ações, elevar a qualidade de vida da população. A efetividade de políticas de promoção de vida saudável requer a participação dos diversos setores e atores sociais responsáveis e comprometidos com a saúde e qualidade de vida da população brasileira. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICO ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM OBESIDADE, 2014)

Assim, com o objetivo de mensurar o nível de conhecimento obtido e a possível necessidade de intervenção e eventuais modificações na estrutura do programa, se faz necessária a avaliação periódica e individualizada dos pacientes submetidos ao mesmo (MENSING et al., 2007).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Primeiro passo: definição dos problemas

A seguir, está disposta a lista dos problemas levantados na área de abrangência da ESF Pedra Furada do Município Nova Era - MG.

1. Hábitos nutricionais inadequados em usuários com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.
2. Desorganização na utilização do protocolo de Manchester na UBS.
3. Ausência de medicamentos na farmácia municipal.
4. Indisponibilidade de alguns exames no município para atender as necessidades dos usuários.
5. Demora no agendamento de consultas especializadas.
6. Automedicação e abuso de psicofarmacos.

6.2 Segundo passo: priorização de problemas

A partir da definição da lista de problemas junto à equipe de saúde, torna-se necessária a priorização dos mesmos, com base na sua importância, urgência e a capacidade da equipe para intervenção. É importante ressaltar que essa priorização indica uma demanda momentânea da equipe de saúde atual e que é feita a partir da opinião dos membros da ESF, não descaracterizando cada um dos outros problemas como importantes na comunidade de abrangência.

Assim, foi feita uma padronização para classificar cada problema na importância (alta, média ou baixa), urgência (pontos de zero a 10) e capacidade de enfrentamento (se está parcialmente, dentro ou fora da capacidade da equipe). Após essa classificação, a seleção por ordem decrescente de prioridade para intervenção é feita a partir da análise das três variáveis classificadas.

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Pedra Furada Nova Era - Minas Gerais, 2015.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Hábitos nutricionais inadequados em usuários com DM e HAS	Muito alto	8	Total	1

Desorganização na utilização do protocolo de Manchester.	Alto.	7	Total	2
Ausência de medicamentos na farmácia municipal.	Alto	7	Parcial	3
Indisponibilidade de alguns exames no município para atender as necessidades dos usuários.	Alto	7	Parcial	4
Demora na marcação de exames de maior complexidade.	Alto	6	Parcial	5
Automedicação e abuso de psicofarmacos.	Alto	7	Parcial	8

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF Pedra Furada, 2015.

6.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Decidiu-se priorizar o problema descrito na lista já que os hábitos nutricionais inadequados em usuários diabéticos e hipertensos, podem repercutir em complicações cardiovasculares, metabólicas, renais, e agravam a saúde integral dos pacientes, e devido a sua alta prevalência na área de abrangência foi acordado dar a maior importância a essa problemática.

O fato de haver grande número de usuários diabéticos e hipertensos pode ser justificado por vários fatores, muitos deles interligados. Estes pacientes podem ser mal controlados primeiramente por não ser identificados, não ter sido diagnosticado adequadamente e não ter sido cadastrado. Sendo assim, este usuário não tem contato com os serviços de saúde não é examinado, não faz uso de medicação ou faz incorretamente; e não é submetido a exames de rastreamento. A dificuldade de se conseguir uma consulta médica e retornos periódicos levam a perda da continuidade do acompanhamento. Outra causa seria a falta de informação sobre a doença, a importância de seu tratamento e a necessidade de sensibilização para mudanças no estilo de vida incluindo alimentação apropriada e a realização de atividade física.

6.4 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Os “nós críticos” são definidos como pontos do problema que quando alterados causam impacto direto no problema e, além disso, está no espaço de

governabilidade de quem deseja agir, ou seja, é passível de intervenção na instância do agente (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Desse modo, diante de todas as causas possivelmente relacionadas ao problema priorizado, apresentam-se como nós críticos:

- 1 Pouco conhecimento da doença, sua prevenção e complicações.
- 2 Hábitos e estilos de vida inadequados.
- 3 Ma adesão ao tratamento medicamentoso.

6.5 Sexto passo: Desenho das operações

Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico 1 relacionado ao problema 'Pouco conhecimento da doença, sua prevenção e complicações', na população sob responsabilidade da ESF Pedra Furada em Nova Era, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Pouco conhecimento sobre a doença e suas complicações.
Operação	Aumentar o nível de informação da população sobre a doença, as medidas de prevenção e os riscos do controle inadequado.
Projeto	Na construção do saber
Resultados esperados	Melhora do conhecimento da diabetes e a hipertensão e suas complicações através de meios de informação populares sobre a doença.
Produtos esperados	Palestras informativas, grupos de educação em saúde e consultas educativas.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico e enfermeira.
Recursos necessários	Cognitivos: conhecimento sobre o tema. Políticos: parcerias e mobilização social Econômicos: disponibilização de materiais educativos sobre o DM e HAS. Organizacionais: aulas para aumentar os conhecimentos sobre o DM e HAS
Recursos críticos	Político: Articulação intersectorial.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde e Equipe de Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto.
Responsáveis	Medico/Enfermeira
Cronograma / Prazo	Imediato: Palestras e consultas Um mês: Grupos
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação do nível de conhecimento da população por o medico e enfermeira em um prazo de nove meses depois de iniciar implementação do projeto.

Fonte: Diagnostico Situacional da ESF Pedra Furada, 2015

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico 2 relacionado ao problema "Maus hábitos nutricionais em usuários com DM e HAS", na população sob responsabilidade da ESF Pedra Furada, Nova Era, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Hábitos nutricionais inadequados.
Operação	Modificar hábitos nutricionais
Projeto	Mais Saúde
Resultados esperados	Alteração dos hábitos alimentares em 50 % da população do estudo.
Produtos esperados	Organização de caminhada. Distribuição de panfletos com orientações sobre alimentação saudável; pratica de exercícios físicos e hábitos saudáveis.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico/Enfermeira/Agentes Comunitárias de Saúde. Fisioterapeuta e Nutricionista
Recursos necessários	Cognitivos: conhecimento sobre o tema Políticos: parcerias e mobilização social. Econômicos: Disponibilização de materiais sobre reeducação alimentar. Organizacionais: Organização de caminhadas.
Recursos críticos	Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe de Saúde; Secretaria de Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto
Responsáveis	Médico/Enfermeira
Cronograma / Prazo	Três meses para o início das atividades e avaliação anual.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Elaboração de um plano de ação para acompanhamento da atividade pela equipe de saúde e avaliação 6 meses depois de iniciado o projeto.

Fonte: Diagnostico Situacional da ESF Pedra Furada, 2015.

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema "Ma adesão ao tratamento medicamentoso", na população sob responsabilidade da ESF Pedra Furada, Nova Era, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Ma adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.
Operação	Melhorar o controle da doença crônica, Aprimorar o tratamento e Promover mudanças no estilo de vida.
Projeto	O que achou do tratamento?
Resultados esperados	Adesão completa a o tratamento em 90% dos casos, melhora na adesão no 70% dos pacientes difíceis.
Produtos esperados	Grupos interativos, Palestras, Capacitação de Agentes Comunitárias de Saúde.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico/Enfermeira, Agentes Comunitárias de Saúde.
Recursos necessários	Cognitivos: Informações sobre o tema. Políticos: Conseguir espaço/local e articulação intersetorial. Econômicos: Folhetos educativos e meios audiovisuais relacionados ao DM e o tratamento não medicamentoso. Organizacionais: estabelecer grupos operativos de prevenção de diabetes com pacientes e familiares.
Recursos críticos	Organizacionais: Adequação das atividades das agentes comunitárias. Financeiro: Menos gastos com fármacos
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe de Saúde/ Secretaria de Saúde. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto
Responsáveis:	Medico/Enfermeira.
Cronograma / Prazo	Três meses para o início das atividades e avaliação anual
Gestão, acompanhamento e avaliação	Capacitação das agentes comunitárias de saúde para junto com o resto de a equipe acompanhar e avaliar nas visitas domiciliares, nas consultas e grupos operativos, a adesão ao tratamento dos participantes no projeto e seus familiares Um mês depois de iniciado o projeto.

Fonte: Diagnostico Situacional da ESF Pedra Furada, 2015

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabidamente o controle/tratamento de doenças crônicas se faz difícil e complexo. Em municípios como de Nova Era, objeto do presente estudo e intervenção, tal dificuldade se eleva consideravelmente, sobretudo, devido à falta de participação de usuário no tratamento, e agravado pelo modelo de atenção comumente centrado na doença.

Este projeto permitirá conhecer as necessidades dos indivíduos e as condições para o aprimoramento do processo educativo, além da melhoria na qualidade do atendimento prestado a esta população com a mudança do foco de atenção para o paciente.

A efetividade do projeto será possibilitada a partir da avaliação das variáveis metabólicas constatadas mediante exames laboratoriais, análises antropométricas e dos dados vitais, além da percepção do usuário sobre impacto da proposta sobre a qualidade de vida.

O projeto ao ser implementado será de grande importância na saúde da comunidade. A educação nutricional como requisito em promoção de autocuidado se faz de extrema importância em qualquer fase do tratamento. O Profissional da saúde como educador atuante deverá sempre usar uma linguagem simples favorecendo o aprendizado dos pacientes, visando uma melhora positiva na qualidade de vida dos portadores de doenças crônicas. Para alcançar o objetivo desta promoção a saúde e indispensável a participação da família como aspecto motivacional e de apoio para o paciente.

O projeto irá trazer grandes benefícios para a sociedade e, sobretudo para a comunidade atendida pela equipe, permitindo que o usuário melhore sua qualidade de vida, diminua o número de complicações e de internamentos pelas mesmas e participe com dignidade de seu próprio tratamento, diminuindo a sua vez o impacto econômico nos serviços de saúde sobretudo por o tratamento das complicações.

REFERÊNCIAS

BOREN, S. A. et al. Costs and benefits associated with diabetes education: a review of the literature. **The Diabetes Educator**, v. 35, n. 1, p. 72-96, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica, n.36. Diabetes Mellitus**. 2013. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 978-85-334-2059-5

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica, n.37. Hipertensão Arterial**. 2013. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 978-85-334-2058-8

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica, n.38. Obesidade**. 2014. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 978-85-334-2121-9

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **The Diabetes Educator Journal**, v. 35; p. 72-96, 2009.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, p.36; 2010.

CORRÊA, E. J; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

DAMIANI, D.; DAMIANI, D. Complicações Hiperglicêmicas Agudas no Diabetes Mellitus tipo 1 do Jovem. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 52, n.2, p. 367-374, 2008.

FALCÃO, I.M. et al. Estudo da prevalência da Diabetes Mellitus e de suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: Um estudo na rede Médicos-Sentinela. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 24, p. 679-92, 2008.

KEERS J. C. et al. Costs and benefits of a multidisciplinary intensive diabetes education program. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 11, n. 3, p. 293-303, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. CIDADES. Minas Gerais. **Nova Era**. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=310740>>. Acesso em: 28 Julio. 2015.

MENSING C. et al. Nation Standards for diabetes self management education. **Diabetes Care**, v. 27 (suppl 1:s), p. 143-50, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA ERA. Sobre a cidade. 2014. Disponível em:

<<http://www.novaera.mg.gov.br/sobre-a-cidade/>>. Acesso em: 28 Julio. 2015.

SILVA, E.M.S. **A prevalência de Diabetes Mellitus tipo 2 em homens de 30 a 59 anos da Polícia Militar de Teresina, Piauí.** Rio de Janeiro: s.n: 2008. 47.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes.** 3 ed. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia,** v.95 (1 supl.1), p. 1-48, 2010.