

Curso de Especialização em Gestão Pública de Organizações de Saúde



ADESÃO DOS USUÁRIOS DE DOENÇAS CRÔNICAS - HIPERTENSOS E DIABÉTICOS – AO TRATAMENTO DE UM PFS EM CONSELHEIRO LAFAIETE

Autor: Vanessa Gonçalves do Carmo

Eugênio

Orientador: Prof^a Angela Maria Correa

Gonçalves



2018





CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA DE ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE

ADESÃO DOS USUÁRIOS DE DOENÇAS CRÔNICAS - HIPERTENSOS E DIABÉTICOS – AO TRATAMENTO DE UM PFS EM CONSELHEIRO LAFAIETE
ALUNO: VANESSA GONÇALVES DO CARMO EUGÊNIO
ORIENTADOR: PROF^a ANGELA MARIA CORREA GONÇALVES

1) Apresentação

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma síndrome de origem multifatorial caracterizada pelo aumento dos níveis pressóricos arteriais, resultando em anormalidades cardiovasculares e metabólicas, que podem levar a alterações funcionais e/ou estruturais de vários órgãos, acometendo, o coração, cérebro, rins e vasos periféricos. O Diabetes Mellitus (DM) é uma patologia metabólica evidenciada pela deficiência de produção e/ou de ação da insulina e caracteriza-se por um aumento da glicose sanguínea, levando a complicações agudas e crônicas. Essas complicações resultam na redução da qualidade de vida das pessoas e a altos custos com o tratamento da doença (RIBEIRO *et al.*, 2017).

As complicações do diabetes podem atingir diversos sistemas orgânicos causando, por exemplo, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira, problemas cardiovasculares e conseqüentemente, redução na qualidade de vida desses pacientes. As comorbidades e os altos índices de hospitalização são responsáveis pelo aumento do custo médico-social e podem ser reduzidos com o controle adequado da glicemia (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Já as complicações do hipertenso, derivam de modificações anatômicas e fisiológicas decorrentes do regime de pressão a que estão submetidas às câmaras cardíacas e, também, da aceleração do processo aterosclerótico (GONÇALVES *et al.*, 2007).

De longa data é reconhecido que a hipertensão arterial é um dos mais importantes fatores de risco para a lesão renal. O risco se torna ainda mais evidente quando hipertensão arterial e diabetes mellitus se associam (GONÇALVES *et al.*, 2007).



Entre os anos de 2008 a 2015 o Brasil gastou cerca de U\$\$ 4,18 bilhões com portadores de DCNT (Doença Crônica Não Transmissível) devido às limitações pessoais com relação ao trabalho, causadas principalmente por doenças do coração, Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Diabetes. As DCNT's na atualidade são consideradas um dos maiores problemas de saúde pública. No Brasil as DCNT's são responsáveis por 72,00% das mortes anuais, enfatizando principalmente as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes (COSTA e PEDRAS, 2017).

Segundo Costa e Pedras (2017) os principais fatores de riscos que ocasionam as DCNT's são influenciados pela aceleração no processo de urbanização, desigualdade social e crescimento econômico, que são influenciados pelo consumo de alimentos calóricos, sedentarismo e o consumo excessivo de álcool e tabaco. Os consumos de alimentos calóricos, como por exemplo, sal e gordura, são responsáveis pela hipertensão arterial, que acomete cerca de 31 milhões de indivíduos.

O número de diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como a maior sobrevivência de pacientes com DM. A prevalência na população adulta no Brasil é de 7,6%, chegando a 13,5% para o estado de São Paulo. A prevalência da doença deve crescer, entre 1995 e 2025, em 48% nos países em desenvolvimento, contra 27% nos países desenvolvidos. Ademais, a hipertensão afeta 40% ou mais dos indivíduos diabéticos (BORTOLUZ *et al.*, 2016).

A prevalência de hipertensão varia de 22% a 44% para adultos e tende a aumentar com a idade, chegando aos 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Apresenta baixo índice de controle (19,3%), sendo responsável por altas taxas de mortalidade por doenças do sistema circulatório (BORTOLUZ *et al.*, 2016).

A possibilidade de associação do diabetes e da hipertensão chega a ser da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente (MUNIZ, 2016).



A hipertensão e o diabetes são doenças que apresentam vários aspectos em comum, desde sua etiopatogenia, fatores de risco, mesmo tratamento não-medicamentoso e até as mesmas complicações. Sendo assim, os profissionais da saúde devem realizar ações educativas voltadas a tornarem os usuários autônomos por adquirir conhecimento sobre seu corpo e sua saúde, compreendendo então a necessidade da modificação do estilo de vida (MUNIZ, 2016).

A HAS e DM são patologias que oferecem risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, que estão associadas à enúmeras complicações à saúde do indivíduo e afirmam ainda que no Brasil as doenças cardiovasculares são as principais causas de morbimortalidade (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Para Oliveira *et al.*, (2016) a Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para a sua organização, cuja meta é investir em práticas coletivas e preventivas e é constituída por uma equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as suas necessidades de saúde e ao mesmo tempo ensinando a prática correta de cuidar do corpo e da mente para prevenir a família de doenças de níveis crônicos elevados.

O controle dessas condições nos indivíduos afetados – isto é, a manutenção dos níveis tensionais ou glicêmicos em determinados limites de normalidade – depende de uma série de fatores, desde a adoção de estilos de vida que envolva atividade física e dieta adequada ao uso continuado de medicamentos, sendo assim fortemente determinado pelas condições de vida e acesso a serviços de saúde de qualidade. Dada a cronicidade dessas condições e a complexidade de seu controle, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal instância de atenção a esses pacientes (BORTOLUZ *et al.*, 2016).

A atenção primária trata-se do primeiro nível de atenção à saúde, o qual nos anos 90 recebeu o reforço do Programa de Agentes Comunitário (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF). Cerca de 60 a 80% dos brasileiros portadores de HAS e DM podem ser tratados na rede primária de saúde, necessitando apenas de medidas de prevenção e de promoção de saúde (RIBEIRO *et al.*, 2017).



Entende-se por educação a utilização de processos e técnicas pedagógicas para a socialização de conhecimentos e formação de sujeitos, tendo como base as diversas relações humanas. Assim, pode-se conceituar a educação em saúde como a utilização desses processos e técnicas para o compartilhamento de saberes sobre saúde que podem influenciar o cotidiano das pessoas, possibilitando a melhoria de sua qualidade de vida. Também, possui um enfoque político, quando utilizada como canal de exercício da cidadania e controle social nos serviços de saúde. Na realidade social, ambiente em que a educação em saúde acontece, existem variadas formas de desenvolvê-la por meio de modelos pedagógicos que sempre estão conectados a uma forma de perceber o mundo, a saúde e a uma visão educativa específica (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Nesse sentido, vale explicar que o processo de educação em saúde voltado para o portador de DM e HA ultrapassa o controle da glicemia capilar e pressão arterial, compreende também a promoção da qualidade de vida para o autocuidado que será proporcionado pela equipe, através de estratégias características de acordo com o perfil da população para a qual os métodos educativos serão direcionados (RIBEIRO *et al.*, 2017). Entretanto, a adesão desses pacientes à orientação e prescrição nutricional nem sempre ocorre de forma adequada e satisfatória. É necessária a recorrente conscientização do paciente acerca da importância a adesão ao tratamento e consequente controle da doença (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

O tratamento de uma doença crônica, exige maior comprometimento do paciente e continuidade, o que justifica o fato de os pacientes crônicos terem menor adesão ao tratamento, que, muitas vezes, apresenta esquemas terapêuticos complexos. Estima-se que cerca de 50% ou mais desses pacientes não seguem o tratamento adequadamente. O fenômeno da adesão e não adesão traz grande impacto na morbimortalidade de indivíduos que são acometidos por doenças crônicas. “O impacto das doenças sobre as pessoas não pode ser descrito apenas por medidas objetivas de saúde, sendo assim, é importante a criação e adaptação de instrumentos que possam captar e aproximar o paciente ao tratamento” (ESTRELA *et al.*, 2017).



As doenças crônicas não transmissíveis, um problema de saúde mundial, são alvo de diversos programas e ações para sua prevenção e controle. Grande parte das doenças crônicas não transmissíveis pode ser controlada pelo uso de medicamentos, tendo no acesso e na utilização adequada requisitos fundamentais para o sucesso terapêutico. Entre os fatores que influenciam diretamente os resultados terapêuticos, destaca-se a adesão ao tratamento medicamentoso, definida como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa e as orientações do profissional da saúde (TAVARES *et al.*, 2016).

A abordagem da hipertensão arterial e do diabetes mellitus é constituída de intervenção com uso de medicamentos e sempre acompanhada por mudanças no estilo de vida. Assim, o sucesso do controle das taxas de glicemia e pressão arterial depende da adesão adequada do paciente ao tratamento e de práticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida. A redução do peso corporal, o controle da pressão arterial e da dislipidemia deve ser considerado no tratamento do paciente com diabetes e hipertensão em unidades básicas de saúde, principalmente adotando - se medidas conservadoras como dieta saudável e atividade física regular (CAPELETTI e SALLA, 2016).

Os fatores relacionados com a não adesão ao tratamento descritos na literatura estão relacionados com características individuais do paciente, à doença em si, aos medicamentos utilizados e à interação entre o paciente e os serviços de saúde, entre outros. Determinadas condições de saúde ou tratamentos podem apresentar características que levam a barreiras específicas para a adesão. Para algumas doenças assintomáticas, como a hipertensão arterial, o paciente pode ter dificuldades no uso regular dos medicamentos, pela ausência de sintomas visíveis ou falta de compreensão sobre o curso da doença. Para doenças que requerem regime complexo (várias administrações diárias, dificuldades associadas à via de administração), como asma e diabetes, as próprias dificuldades diárias associadas ao uso dos medicamentos constituem barreira importante à adesão ao tratamento (TAVARES *et al.*, 2016).



Para Silva e Souza (2016) a adesão ao tratamento pode ser explicada como a concordância entre a conduta do paciente e a orientação médica no que diz respeito a práticas como administração do medicamento, cumprimento de dietas e admissão de hábitos que visem promover a saúde. Alterações no modo de vida através da compreensão e observância das orientações sobre hábitos alimentares e da prática de atividades físicas, além do cuidado constante por parte dos sujeitos da terapia medicamentosa prescrita, são requisitos necessários para adesão ao tratamento do DM e HA.

Apesar da importância da adesão ao tratamento estar difundida, não é um comportamento frequentemente observável. Estudos apontam que a não adesão à medicação ocasiona desnecessário ajuste no regime terapêutico devido à falta de resposta positiva ao tratamento, além de aumentar custos no cuidado à saúde e elevar taxas de hospitalizações, consultas de emergências e tratamento de complicações (LIMA *et al.*, 2016).

A redução da melhoria clínica da pressão arterial e controle glicêmico são causados principalmente pela adesão insuficiente ao tratamento, acarretando agravos de saúde e impossibilitando a garantia de condição adequada de vida. Existe a necessidade de buscar estratégias de intervenções para amenizar essa situação. São vários os fatores envolvidos na adesão, e entre eles podem ser citados a acessibilidade ao medicamento, a aceitabilidade do medicamento, o esquema terapêutico, a assimilação da doença e do tratamento (SILVA e SOUZA, 2016).

Percebe-se, assim, a relevância dos instrumentos de avaliação da adesão para a saúde pública e a necessidade de se preencher a lacuna em relação à adesão ao tratamento não farmacológico, já que a maioria dos métodos utilizados para avaliar a adesão é focada somente no tratamento farmacológico e já está bem estabelecido na literatura que há grande dificuldade de adesão ao tratamento não medicamentoso (ESTRELA *et al.*, 2017).



Conselheiro Lafaiete é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, na região Sudeste do Brasil. Sua população estimada em julho de 2016 era de 126 420 habitantes, o que o torna o 22º município mais populoso do estado. Conselheiro Lafaiete encontra-se na Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte, à 96 km da capital do estado, Belo Horizonte. Localiza-se dentro da região do antigo Queluz de Minas, atualmente, o Alto Paraopeba. Conselheiro Lafaiete possui cinco hospitais (tendo mais de 250 leitos no ano 2000), sendo o maior e o mais bem equipado o Hospital e Maternidade São José. Possui uma policlínica municipal, vários centros de saúde, mais de 25 postos de saúde, clínicas e médicos particulares, postos odontológicos, ambulâncias, farmácias etc. O Programa Saúde da Família atende quase 100% da população lafaietense (WIKIPÉDIA, 2016-2017).

O Plano de Ação será desenvolvido em um Programa Saúde da Família (PSF) em Conselheiro Lafaiete, MG. Será realizado um trabalho de intervenção nutricional com os usuários portadores de hipertensão e diabetes, visando levar orientações e informações nutricionais contribuindo para a qualidade de vida dos mesmos.

2) Justificativa

O padrão alimentar da população urbana brasileira sofreu modificações expressivas, com aumento no consumo de proteínas e lipídios de origem animal e redução no consumo de cereais, leguminosas, raízes e tubérculos, o que associado a fatores como hereditariedade, obesidade e inatividade física tem contribuído para a elevação na prevalência da hipertensão e do diabetes. Ao considerar essas patologias como problemas multifatoriais que atingem diversos grupos populacionais, torna-se imprescindível identificar hábitos alimentares inadequados, uma vez que a adoção de hábitos alimentares saudáveis é componente importante na prevenção das patologias (MARTINS *et al.*, 2010).



O tratamento de diabetes, por exemplo, deveria iniciar com terapias não medicamentosas, como intervenções no estilo de vida, já que são mais efetivas para o controle da doença. Alimentação inadequada, fumo e falta de exercício físico são fatores de risco para doença arterial coronariana (DAC) e uma melhor adesão às mudanças de estilo de vida, após uma síndrome coronariana aguda, está associada a um menor risco de eventos cardiovasculares recorrentes. Hábitos alimentares saudáveis e prática regular de atividade física são ferramentas extremamente importantes na prevenção e tratamento de diversas doenças (ESTRELA *et al.*, 2017).

A prevenção e o tratamento dessas doenças é um processo lento, pois é necessário ensinar a população a cuidar da saúde, enfatizando em campanhas e ações educativas a mudança do estilo de vida, aceitação e adesão ao tratamento, seja ele farmacológico ou não farmacológico. Essas ações podem ser individuais ou coletivas, buscando estratégias que alcancem a realidade da população. A adesão ao tratamento relaciona as ações e comportamentos a respeito do paciente clínico, compreendendo consultas, palestras, grupos de apoio, utilização correta das medicações e prática de exercícios. Essas ações e comportamentos são caracterizados como integrantes do comportamento do paciente em todos os aspectos, agregando todos à sua volta como familiares e amigos e influenciado por sua cultura (ALVES e CALIXTO, 2012).

As mudanças nos padrões de ocorrência das doenças têm imposto, constantemente, novos desafios, não só para os gestores e tomadores de decisão do setor da Saúde como também para outros setores governamentais, cujas ações repercutem na ocorrência dessas doenças. Um grande desafio é o financiamento dessas ações. Doenças crônicas como diabetes e hipertensão, custam caro para o SUS (Sistema Único de Saúde). Se não houver prevenção e um gerenciamento adequado, demandam uma assistência médica de custos sempre crescentes, em razão da permanente e necessária incorporação tecnológica (MALTA *et al.*, 2006).



As ações de educação nutricional têm lugar de destaque no tratamento de diversas doenças, como, por exemplo, do diabetes e hipertensão e a adesão às orientações é imprescindível para que se obtenham os resultados esperados da educação alimentar. A adesão às orientações propostas influencia o sucesso do tratamento da doença e é um processo multifatorial que se estabelece mediante parceria entre o profissional da saúde e o paciente, englobando diversos aspectos, que vão desde a frequência dos atendimentos até o desenvolvimento da consciência para o autocuidado e manutenção da busca de saúde, formando atitudes, hábitos e práticas alimentares saudáveis (ESTRELA *et al.*, 2017).

Apesar da disponibilidade de tratamento efetivo para doenças crônicas como hipertensão e diabetes, o controle é difícil e encontra-se longe do considerado ideal pela falta de adesão às orientações propostas, o que influencia a inadequada evolução das doenças crônicas. “Melhorar a adesão pode repercutir mais na saúde da população que qualquer outra melhora nos tratamentos médicos específicos, sendo o fator mais importante para o controle efetivo de diversas doenças” (ESTRELA *et al.*, 2017).

Diante do exposto, o crescente aumento de patologias como diabetes e hipertensão e o pouco investimento na prevenção, caracteriza-se em um grande problema de gestão pública, pois falta investimento na área para prevenção, há um alto custo no tratamento (medicamentos, internações e cirurgias, devido à complicações das patologias) falta de capacitação dos profissionais, baixo acesso a informação nutricional para prevenção e tratamento, bem como, a falta de qualidade de vida para os portadores das doenças. Através do problema em análise, sendo a falta de orientações e/ou informações nutricionais e/ou mesmo informações básicas para os usuários hipertensos e diabéticos, será realizada uma intervenção a esse público, justificando-se na ampliação das informações para fornecimento de qualidade de vida a esses usuários, melhorando a alimentação e hábitos saudáveis de vida.

3) Objetivo Geral

- Aumentar a adesão dos usuários de doenças crônicas - hipertensos e diabéticos - ao tratamento nutricional de um PSF em Conselheiro Lafaiete.

4) Objetivos Específicos

- Contribuir para qualidade de vida do usuário.
- Reduzir intercorrências clínicas.
- Qualificar ações educativas para promover alimentação saudável e adequada para usuários de doenças crônicas.

5) Metodologia/Detalhamento do projeto

As etapas do Plano de Ação consistem na apresentação do projeto ao gestor municipal para aprovação e reunião com os profissionais envolvidos para apresentação da proposta, para haver a promoção e sensibilização dos profissionais para um tema de grande impacto para a gestão na área de saúde pública, onde será: a) realizado levantamento dos usuários hipertensos e diabéticos atendidos pelo PSF em Conselheiro Lafaiete; b) uma cartilha será elaborada contendo informações como: “O que é hipertensão”, “O que é diabetes”, “Os fatores de risco” e “Orientações Nutricionais” sendo entregue no dia da palestra. Para a elaboração da cartilha será consultada literatura científica, para o fornecimento de informações confiáveis; c) haverá também uma palestra com o tema “Qualidade de Vida para Hipertensos e Diabéticos” para os usuários do PSF.

6) Resultados Esperados

Espera-se que o Plano de Ação contribua para levar orientações e informações nutricionais para o público alvo e favoreça para a qualidade de vida desses usuários.

7) Cronograma

Atividades	2018 Meses		
	Janeiro	Fevereiro	Março
Apresentação do Plano de Ação ao gestor municipal.	X		
Reunião com os profissionais para apresentação da proposta	X		
Levantamento do público alvo.	X		
Elaboração da cartilha e da palestra aos usuários hipertensos e diabéticos.		X	
Revisão do Plano de Ação.			X

8) Orçamento

ORÇAMENTO			CUSTO	
ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE	UNITÁRIO	TOTAL
1	Folha A4	100	-	R\$ 4,80
2	Caneta esferográfica azul	1	R\$ 1,00	R\$ 1,00
3	Computador	1	-	-
4	Tinta/recarga	1	R\$ 15,00	R\$ 15,00
			Total	20,80



9) Referências

ALMEIDA, Edmar Rocha. MOUTINHO, Cinara Botelho. LEITE, Maisa Tavares de Souza. Prática Pedagógica de Enfermeiros de Saúde da Família no Desenvolvimento da Educação em Saúde. *Comunicação, Saúde e Educação*, vol. 20, n. 57, 2016.

ALVES, Bruna Araújo. CALIXTO, Amanda Aparecida Teixeira Ferreira. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. *J Health Sci Inst*, vol. 30, n.3, 2012.

BORTOLUZ, Sara. LIMA, Lena Azeredo de. NEDEL, Fúlvio Borges. Condições de Saúde e Utilização de um Serviço de Atenção Primária em Pacientes Hipertensos e/ou Diabéticos. *Ciência & Saúde*, vol. 9, n. 3, 2016.

CAPELETTI, André Pozzobon. SALLA, Lilian Fenalti Salla. Relação entre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, 2016. Disponível em: <http://pdf.blucher.com.br.s3-sa-east-1.amazonaws.com/medicalproceedings/xiii-cgcm/1457142812.pdf>, acesso em: 31/01/2018, às 19h40.

COSTA, Anna Carla Santos. PEDRAS, Evelin Regina Fonseca de Souza. Acolhimento Humanizado aos Portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em uma Unidade Básica de Saúde em um Município no Interior de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*, vol. 5, n. 2, 2017.

ESTRELA, Kelly Cristina Araujo. ALVES, Anna Carolina Di Creddo. GOMES, Tatiana Teixeira. ISOSAKI, Mistue. Adesão às orientações nutricionais: uma revisão de literatura. *Demetra*, vol. 12, n. 1, 2017.

GONÇALVES, Sabrina. HARDT, José Ricardo. SILVA, Aderley SS. HASS, Patrícia. Hipertensão Arterial e a Importância da Atividade Física. *Estudo de Biologia*, vol. 29, n. 67, 2007.

LIMA, Daniele Braz da Silva. MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. BORGES, José Wicto Pereira. RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco. *Texto Contexto Enfermagem*, vol. 25, n. 3, 2016.

MALTA, Deborah Carvalho. CEZÁRIO, Antônio Carlos. MOURA, Lenildo de Moura. NETO, Otaliba Libânio de Moraes. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, vol. 15, n.1, 2006.

MARTINS, Maria do Perpétuo Socorro Carvalho. GOMES, André Luiz Marques. MARTINS, Maria do Carmo de Carvalho. MATTOS, Marco Antonio de. FILHO, Manoel Dias de Souza. MELLO, Danielli Braga de. DANTAS, Estélio Henrique Martin. Consumo Alimentar, Pressão Arterial e Controle Metabólico em Idosos Diabéticos Hipertensos. *Revista Brasileira de Cardiologia*, vol. 23, n.3, 2010.



MUNIZ, Gabriela Dantas. *Educação em Saúde no Grupo de Hipertensos e Diabéticos da Estratégia Saúde da Família da Unidade Mista de Felipe Camarão em Natal/RN*, 2016.

OLIVEIRA, Lays Andrade de. DALTRO, Osceário Forte DIAS, Neyly Maria. Planejamento Familiar e Atenção Básica de Saúde Como Instrumento de Gestão Pública Educativo e Preventivo. *Revista Faipe*, vol.. 6, n. 2, 2016.

OLIVEIRA, Larissa Marina Santana Mendonça de. SOUZA, Márcia Ferreira Cândido de. SOUZA, Lillian Alves de. MELO, Ingrid Ribeiro da Cruz. Adesão ao tratamento dietético e evolução nutricional e clínica de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *HU Revista*, vol. 42, n. 4, 2016.

RIBEIRO, Wanderson Alves. MARIANO, Eduardo de Souza. CIRINO, Hosana Pereira. TEIXEIRA, Juliano Miranda. MARTINS, Leandro Mendes. ANDRADE, Marilda. Educação em Saúde aos Portadores de Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus na Estratégia Saúde da Família. *Revista Pró-universidade*, vol. 8, n. 2, 2017.

SILVA, Fabiana de Fátima da. SOUZA, Fernando Corrêa de. Estudo da Relação Entre o Conhecimento a Adesão e o Sucesso na Terapia de Diabetes Mellitus no Município de Matozinhos – MG. Disponível em: <http://jornal.faculdadecienciasdavid.com.br/index.php/RBCV/article/view/477/229>, acesso em: 31/01/2018, às 20h30.

TAVARES, Noemia Urruth Leão. BERTOLDI, Andréa Dâmaso. MENGUE, Sotero Serrate. ARRAIS, Paulo Sergio Dourado. LUIZA, Vera Lucia Luiza. OLIVEIRA, Maria Auxiliadora. RAMOS, Luiz Roberto Ramos. FARIAS, Marení Rocha. PIZZOL, Tatiane da Silva Dal Pizzol. Fatores Associados à Baixa Adesão ao Tratamento Farmacológico de Doenças Crônicas no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, vol. 5, n. 2, 2016.

WIKIPÉDIA, a enciclopédia Livre. Município de Conselheiro Lafaiete “Lafaiete”. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Conselheiro_Lafaiete, acesso em: 02/12/2017, às 21h05.



10) Apêndice

Palestra

Qualidade de vida Para Hipertensos e Diabéticos

- O que é Hipertensão Arterial.
- Fatores risco para a Hipertensão.
- Consequências da hipertensão quando não tratada.
- O que é Diabetes Mellitus?
- Fatores de risco para o Diabetes.
- Consequências do diabetes quando não tratado.
- Orientações nutricionais para hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Cartilha

O QUE É DIABETES MELLITUS?

É quando o organismo não produz ou produz pouca insulina, hormônio que ajuda a retirar o açúcar da corrente sanguínea e facilita sua entrada na célula, pode ocorrer o diabetes tipo 1 ou tipo 2. É considerada hiperglicemia, que é o início do diabetes, níveis de glicemia acima de 140mg/dL avaliado por mais de 3 dias diferentes.



Quando não tratado o diabetes pode ocasionar:

- Cegueira.
- Amputações.

QUAIS SÃO OS FATORES DE RISCO?

FATORES DE RISCO



ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA DIABÉTICOS



IMPORTANTE:

- Dar preferência a alimentos ricos em fibras como: verduras e frutas. Utilizar diariamente: aveia (2 colheres de sopa) ou linhaça (1 colher de sopa).
- Aumentar o consumo de líquidos e alimentos integrais.
- Praticar atividade física, sempre orientada por profissional capacitado e monitorar a glicemia, respeitando os horários dos medicamentos.



EVITAR:

- Alimentos ricos em carboidratos na mesma refeição como arroz, macarrão, angu, mandioca, inhame, batata.
- Alimentos ricos em açúcar como balas, doces, refrigerante, refresco em pó.

REFERÊNCIAS:

Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia.
<http://departamentos.cardiol.br/dha/cartilha.asp>

Sociedade Brasileira de Diabetes. <http://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/oque-e-diabetes>.

O QUE É HIPERTENSÃO ARTERIAL?

Hipertensão arterial ou pressão alta é quando a pressão que o sangue exerce nas paredes das artérias para se movimentar é muito forte, ficando acima dos valores normais.



QUAIS SÃO OS FATORES DE RISCO?



OBESIDADE



ABUSO DE SAL



HEREDITARIEDADE

HIPERTENSÃO ARTERIAL: ATENÇÃO AOS FATORES DE RISCO



TABAGISMO



SEDENTARISMO



ESTRESSE



IDADE



A pessoa é considerada hipertensa quando a sua pressão arterial estiver maior ou igual a 140/90 mmHg (14x9) sendo aferida em dias diferentes e mantendo-se nesse valor ou acima.

Se não tratada pode causar derrame cerebral, doenças do coração e insuficiência renal.

ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA HIPERTENSOS



IMPORTANTE:

- Dar preferência a temperos naturais como: alho, cebola, salsa, cebolinha, orégano, alecrim, manjericão, evitando o excesso de sal.
- Aumentar o consumo de verduras, legumes e frutas e fibras como aveia, linhaça e chia.
- Aumentar o consumo de água em torno de 2 litros diariamente.
- Monitorar a pressão arterial e tomar os medicamentos nos horários corretos.



EVITAR:

- Temperos e alimentos industrializados, pois são ricos em sódio e contribui para elevar a pressão arterial.
- Alimentos ricos em gordura (salgadinho, fritura, carnes gordurosas, bacon, salame) e açúcar (doce, refrigerante, bolo confeitado).





UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO

Curso de Especialização em Gestão Pública de Organização e

Serviços de Saúde - PNAP

Termo de Declaração de Autenticidade de Autoria

Declaro, sob as penas da lei e para os devidos fins, junto à Universidade Federal de Juiz de Fora, que meu Trabalho de Conclusão de Curso (projeto de intervenção) do Curso de Especialização em Gestão Pública de Organização e Serviços de Saúde - GPOS - é original, de minha única e exclusiva autoria. E não se trata de cópia integral ou parcial de textos e trabalhos de autoria de outrem, seja em formato de papel, eletrônico, digital, áudio-visual ou qualquer outro meio.

Declaro ainda ter total conhecimento e compreensão do que é considerado plágio, não apenas a cópia integral do trabalho, mas também de parte dele, inclusive de artigos e/ou parágrafos, sem citação do autor ou de sua fonte.

Declaro, por fim, ter total conhecimento e compreensão das punições decorrentes da prática de plágio, através das sanções civis previstas na lei do direito autoral¹ e criminais previstas no Código Penal², além das cominações administrativas e acadêmicas que poderão resultar em reprovação.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____.

NOME LEGÍVEL DO ALUNO (A)

Matrícula

ASSINATURA

CPF

¹ LEI N° 9.610, DE 19 DE FEVEREIRO DE 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências.

² Art. 184. Violar direitos de autor e os que lhe são conexos: Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa.



ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

+++PREENCHA EM LETRA DE FORMA+++

Ata de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de ESPECIALIZAÇÃO PNAP da Universidade Federal de Juiz de Fora, realizada no Pólo UAB, Polo Ubá Pólo Juiz de Fora

Exame:	DATA	HORA
Curso	<input type="checkbox"/> GESTÃO PÚBLICA DE ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE	
Aluno:		
Orientador:		

Banca Examinadora:

NOME COMPLETO	INSTITUIÇÃO/CARGO

Título do Trabalho de Conclusão de Curso:

De acordo com as normas do Curso de Especialização PNAP da Universidade Federal de Juiz de Fora, aprovadas pela Comissão de Trabalho de Conclusão de Curso (CTCC), o aluno submeteu seu **Trabalho de Conclusão de Curso** em forma escrita e oral, sendo, após exposição de cerca de _____ minutos, arguido oralmente pelos membros da banca, tendo tido como resultado:

- Aprovação por unanimidade.
- Aprovação somente após satisfazer as seguintes exigências solicitadas pela banca e no prazo estipulado pela mesma (não superior a trinta dias).

-
- Reprovação.

Documentos anexados a esta ata durante a apresentação:

- Declaração de autenticidade
- Ficha de Avaliação
- Projeto Final impresso assinado pelo aluno

Na forma regulamentar foi lavrada a presente ata que é abaixo assinada pelos membros da banca na ordem acima determinada e pelo candidato.

Banca Examinadora: (assinatura)

Juiz de Fora , de de



UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Candidato: (assinatura)



ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

+++PREENCHA EM LETRA DE FORMA+++

Ata de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de ESPECIALIZAÇÃO PNAP da Universidade Federal de Juiz de Fora, realizada no Pólo UAB, Polo Ubá Pólo Juiz de Fora

Exame:	DATA	HORA
Curso	<input type="checkbox"/> GESTÃO PÚBLICA DE ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE	
Aluno:		
Orientador:		

Banca Examinadora:

NOME COMPLETO	INSTITUIÇÃO/CARGO

Título do Trabalho de Conclusão de Curso:

De acordo com as normas do Curso de Especialização PNAP da Universidade Federal de Juiz de Fora, aprovadas pela Comissão de Trabalho de Conclusão de Curso (CTCC), o aluno submeteu seu **Trabalho de Conclusão de Curso** em forma escrita e oral, sendo, após exposição de cerca de _ _ _ _ minutos, arguido oralmente pelos membros da banca, tendo tido como resultado:

- Aprovação por unanimidade.
- Aprovação somente após satisfazer as seguintes exigências solicitadas pela banca e no prazo estipulado pela mesma (não superior a trinta dias).

-
- Reprovação.

Documentos anexados a esta ata durante a apresentação:

- Declaração de autenticidade
- Ficha de Avaliação
- Projeto Final impresso assinado pelo aluno

Na forma regulamentar foi lavrada a presente ata que é abaixo assinada pelos membros da banca na ordem acima determinada e pelo candidato.

Banca Examinadora: (assinatura)

Juiz de Fora , de de

Candidato: (assinatura)

