

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

MARIANA FARIA DE GODÓI

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL ENTRE OS HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ZONA
RURAL 1 DO MUNICÍPIO DE ITAJUBÁ-MG

Campos Gerais/ MG

2015

MARIANA FARIA DE GODÓI

**ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL ENTRE OS HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ZONA
RURAL 1 DO MUNICÍPIO DE ITAJUBÁ-MG**

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

Tutor: Profª Márcia Helena Miranda Cardoso Podestá

Campos Gerais/ MG

2015

MARIANA FARIA DE GODÓI

**ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL ENTRE OS HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ZONA
RURAL 1 DO MUNICÍPIO DE ITAJUBÁ-MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof

Examinador 2: Prof

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Elizabeth e Carlos por serem meus maiores incentivadores e grandes responsáveis pela minha fiel jornada em busca do conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por me iluminar e permitir que eu alcançasse essa vitória, dando-me forças para prosseguir.

Agradeço a minha orientadora Márcia Helena Miranda Cardoso Podestá, pelas orientações e dedicação, os quais foram de grande valia para concretização deste trabalho.

RESUMO

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial estão entre os fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares, cujo controle associado a mudanças do estilo de vida pode ser estimulado no âmbito da Atenção Primária a Saúde. A terapia nutricional e a educação alimentar para os pacientes hipertensos e diabéticos, apresentam como objetivo o auxílio aos indivíduos para que conscientizem em realizar mudanças em seus hábitos alimentares, minimizando a morbimortalidade por essas doenças e seu impacto na saúde pública. Assim, este trabalho apresenta como objetivo a elaboração de um projeto de intervenção sobre a baixa orientação nutricional entre os pacientes hipertensos e/ou diabéticos no Programa de Saúde da Família do município de Itajubá-MG. Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o Método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). Foram selecionados, através da consulta médica entre os meses de Junho e Julho de 2014, 150 pacientes, sendo 80 hipertensos, 20 diabéticos e 50 hipertensos e diabéticos. Após a consulta, os pacientes responderam um instrumento contendo quatro perguntas sobre seus conhecimentos em relação a alimentação. A partir destas respostas, foram elaboradas cinco operações para intervenção: “Conhecer já” para transmitir conhecimento para melhor controle glicêmico e pressórico; “Cuidar melhor” para aprimorar a qualidade e quantidade e de orientações alimentares praticadas pela equipe de saúde da família; “Dia diet” para fornecimento de produtos dietéticos como estímulo a mudança alimentar aos pacientes participantes; “Cozinhar com saúde” para oferecer aos pacientes que tem dificuldade em ler, o que devem comer através do preparo de receitas saudáveis e o “Viver+ e melhor” para mostrar para os pacientes que os medicamentos são os aliados de uma boa alimentação. Foi possível concluir que a educação e a promoção à saúde no Programa de Saúde da Família do município de Itajubá-MG ainda está débil. Por esse motivo é de grande importância criar estratégias de educação nutricional para que esses indivíduos se conscientizem de que é possível levar uma vida saudável e normal, mesmo sendo portadores de doenças crônicas.

Palavra-chave: Hipertensão Arterial, Diabetes, Atenção Primária, Educação em Saúde.

ABSTRACT

Diabetes mellitus and hypertension are among the modifiable risk factors for cardiovascular disease, which control associated with lifestyle changes can be stimulated within the Primary Health Care. Nutritional therapy and nutritional education in hypertensive patients diabetics have the goal of helping individuals to make changes in your eating habits, minimizing the morbidity and mortality from these diseases and their impact on public health. This work aims to develop an intervention project on the low nutritional counseling among patients with hypertension and / or diabetes in the Health Program Itajubá-MG municipal Family. To develop the action plan we used the Strategic Planning Method Situational (PES). Were selected through medical consultation between the months of June and July 2014, 150 patients - 80 hypertensive, 20 diabetic, 50 hypertension and diabetes. After the visit, the patients answered a questionnaire containing four questions about their knowledge in relation to food. From these responses, five operations for intervention were prepared: "Knowing now" to impart knowledge to improve glycemic and blood pressure control; "Taking better care", to improve the quality and quantity and dietary guidelines practiced by the family health team, "diet Day" to supply health food as an incentive to change food to the participants, "Cooking with health" to provide patients has difficulty reading, what to eat by preparing healthy recipes and the "Living + and better" to show to patients that the drugs are the allies of good nutrition. It was concluded that education and health promotion in Health Program Itajubá-MG municipal Family is still weak. For this reason it is highly important to create nutrition education strategies for these individuals become aware that it is possible to lead a healthy and normal life, even though patients with a chronic disease.

Keyword: Hypertension, Diabetes, Primary Care, Health Education.

Lista de abreviaturas e siglas

MG: Minas gerais

Km: quilômetros

km² : quilômetros quadrados

hab\m² : habitantes por metro quadrado

IDHM: índice de desenvolvimento humano médio

Lista de gráficos, figuras e tabelas

Figura 1. Mapa da localização de Itajubá	11
Tabela 1. Concentração habitacional do município de Itajubá	13
Gráfico 1. Evolução do IDHM de Itajubá.....	14
Gráfico 2. Renda e IDHM de Itajubá	14
Gráfico 3. Escolaridade da população de Itajubá	16
Tabela 2. Indicadores de habitação de Itajubá	17
Tabela 3. Cadastramento e cobertura das equipes de saúde da família de Itajubá	18
Figura 2. Mapa dos bairros de zona urbana e rural de Itajubá	19
Gráfico 4. Número de famílias cadastradas em 2014 na ESF Zona Rural 1.....	20
Gráfico 5. Tipo de construção das casas na ESF Zona Rural 1	21
Gráfico 6. Abastecimento de água na ESF Zona Rural 1.....	22
Gráfico 7. Sistema Sanitário na ESF Zona Rural 1	23
Gráfico 8: Sistema de coleta de lixo na ESF Zona Rural 1.....	23
Tabela 4: Conhecimento dos voluntários hipertensos sobre a importância da nutrição adequada sobre sua patologia.....	29
Tabela 5: Conhecimento dos voluntários hipertensos sobre a importância da nutrição adequada sobre sua patologia.....	29
Tabela 6: Identificação dos nós críticos	30,31
Tabela 7: Elaboração do plano de intervenção.....	32

SUMÁRIO

	Pág.
I. INTRODUÇÃO	11
II. JUSTIFICATIVA	27
III. OBJETIVO	28
IV. MÉTODOS	29
V. REVISÃO DA LITERATURA.....	30
VI. PROJETO DE INTERVENÇÃO	35
REFERÊNCIAS	39
ANEXO.....	41

I. INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

O município de Itajubá-MG situa-se no sul de Minas Gerais, na divisa entre Minas Gerais e São Paulo. Encontra-se há 450km de distância da capital Belo Horizonte, distante há 254km de São Paulo capital e a 315km da cidade do Rio de Janeiro.

O atual prefeito da cidade é o Rodrigo Imar Martinez Rieira, seu secretário de saúde é denominado Ricardo Zambrana e a coordenadora da atenção básica, Janayna Ferreira de Andrade.¹

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população em número de habitantes da cidade em 2013 é de 94.940 habitantes. A cidade encontra-se na região da serra da Mantiqueira, possuindo uma área de 291,05km².²

FIGURA 1. Mapa da localização de Itajubá-MG.



1.2 Histórico de criação do município:

Itajubá foi fundada em 19 de março de 1819 e em 27 de setembro de 1848 foi emancipada e conforme a Lei nº 355, de 27 de setembro de 1848, a abrangência dos seguintes territórios: a “freguesia de mesmo nome” (que abrangia o atual município e Piranguçu), Cristina (Espírito Santo do Cumquibus), Pedralva (São Sebastião da Capituba), Brasópolis (São Caetano da Vargem Grande) e Delfim Moreira (Soledade de Itajubá). Pouco tempo depois esses territórios foram se desmembrando de Itajubá.

Na corrida à exploração de pedras preciosas em Minas Gerais foram descobertas as minas de Nossa Senhora da Soledade do Itagybá, local onde se construiu a cidade de Delfim Moreira, na qual teve início a história da atual cidade de Itajubá. Um apetite de ouro e pedrarias que levaria à formação de povoados na região sul de nosso Estado. Entre bravos e arroçados povoadores estava Miguel Garcia Velho, fundador da primitiva Itajubá, hoje cidade e município de Delfim Moreira.

Figura 2 – Praça Theodomiro Santiago.



Praça Theodomiro Santiago

Dois meses depois de sua chegada à Soledade de Itajubá, o Padre Lourenço da Costa Moreira, durante a missa conventual, usou a tribuna sagrada para expor aos seus paroquianos que a má localização da aldeia não era favorável ao desenvolvimento e, do púlpito, convidou seus paroquianos a descer a serra, rumo ao Sapucaí, à procura de um lugar aprazível e bom, no qual se pudesse construir a nova sede da Freguesia. Permaneceria ali a Capela de Nossa Senhora da Soledade.

Na noite de 17 de março de 1819 o vigárioreuniu, na Matriz, todos os fiéis que os seguiriam. Na manhã do dia seguinte, após a missa, a caravana rumou para as bandas do Sapucaí. Eram os pioneiros da nova Matriz, que marchavam com a missão de fundar a nova Itajubá.

No dia seguinte, rumando todos para o alto do cômodo, o Ibitira, segundo a denominação dos Puri-Coroados, o vigário se deslumbrou com o que viu. O local onde estavam lhe parecia excelente para a fundação do novo povoado e a sede da Freguesia. Ali em meio a clareira aberta pelos desbravadores foi construído um altar e o Cruzeiro onde Padre Lourenço celebrou a primeira missa. Foi nesse altar erguido exatamente onde hoje se encontra a Matriz da Paróquia de Nossa Senhora da Soledade, que nasceu em 19 de março de 1819, a atual Cidade de Itajubá. ¹

1.3 Descrição do município

O município de Itajubá apresenta uma área de 294.835 km², com uma concentração habitacional de 307,49 hab/m² com aproximadamente 82.764 habitantes em zona urbana e 7894 na zona rural segundo o Ipea em 2010 apresentando uma taxa de urbanização de 91,29%.

Tabela 1 - Concentração habitacional de Itajubá-MG.

População Total, por Gênero, Rural/Urba e Taxa de Urbanização - Itajubá - MG

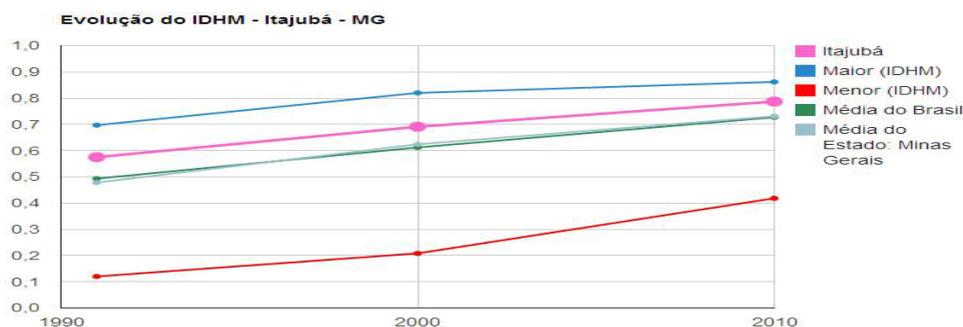
População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	75.014	100,00	84.135	100,00	90.658	100,00
População residente masculina	36.667	48,88	41.204	48,97	44.489	49,07
População residente feminina	38.347	51,12	42.931	51,03	46.169	50,93
População urbana	68.959	91,93	76.986	91,50	82.764	91,29
População rural	6.055	8,07	7.149	8,50	7.894	8,71
Taxa de Urbanização	-	91,93	-	91,50	-	91,29

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil_print/itajuba_mg

Segundo o censo de 2010 do IBGE, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), foi de 0,787; o município está situado na faixa de desenvolvimento humano alto (IDH entre 0,70 e 0,799). Itajubá ocupa a 85ª posição, em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 84 (1,51%) municípios estão em situação melhor e 5.481 (98,49%) municípios estão em situação igual ou pior. Em relação aos 853 outros municípios de Minas Gerais, Itajubá ocupa a 4ª posição, sendo que três (0,35%) municípios estão em uma condição melhor.

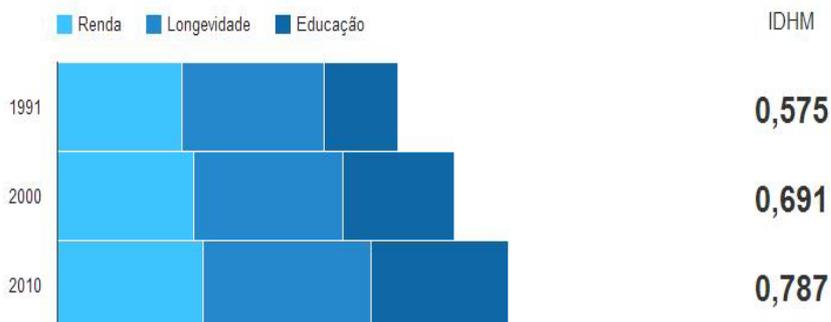
Figura 3 - Evolução do IDHM de Itajubá



Fonte: disponível em >http://www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil_print/itajuba_mg

Figura 4 - Renda e IDHM em Itajubá

IDHM



Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Fonte: Disponível em >http://www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil_print/itajuba_mg

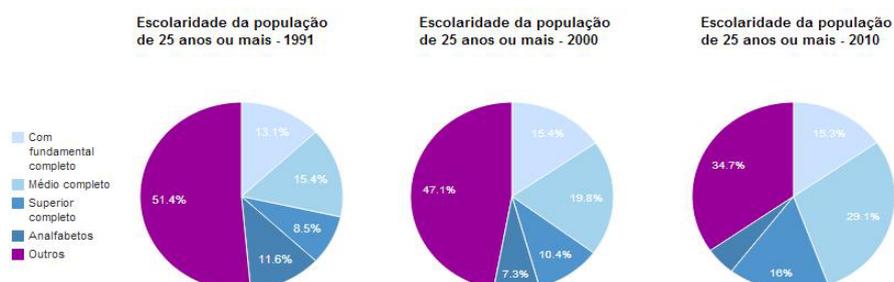
A renda per capita média de Itajubá cresceu 100,02% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 474,06 em 1991 para R\$ 948,20. Os habitantes que pertencem a extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00) passou de 7,03% em 1991 para 1,03% em 2010. As principais atividades econômicas do município em 2010, das pessoas maiores de 18 anos que estavam exercendo alguma ocupação concentravam-se em maior parte no setor de serviços, além dos outros setores

como: comércio, utilidade pública, setor de construção, indústria de transformação e extrativa e o setor agropecuário.

Em relação aos aspectos demográficos segundo o Ipea entre 2000 e 2010, a população de Itajubá teve uma taxa média de crescimento anual de 0,75%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 1,28%. No Estado de Minas Gerais estas taxas foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,01% entre 1991 e 2000. No país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000.

Em relação a escolaridade, os anos esperados de estudo indicam o número de anos que a criança que inicia a vida escolar no ano de referência tende a completar. Em 2010, Itajubá tinha 9,48 anos esperados de estudo, em 2000 tinha 10,39 anos e em 1991 9,31 anos. A escolaridade da população adulta é importante indicador de acesso a conhecimento e também compõe o IDHM Educação. Em 2010, 64,53% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 47,51% o ensino médio. Em Minas Gerais, 51,43% e 35,04% respectivamente. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas e de menos escolaridade. A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 5,60% nas últimas duas décadas.

Figura 5 - Escolaridade da população de Itajuba-MG.



Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Disponível em >http://www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil_print/itajuba_mg

Na cidade tem muitas creches públicas e particulares no último censo do IBGE 2013, 26.919 pessoas frequentavam creche ou escola. A população de Itajubá em sua maioria é de religião católica (63.033) pessoas, motivo pelo qual as principais comemorações da cidade apresentam como tema, santos e padroeiros da região. Devido a grande influência rural da cidade todo ano é realizada a exposição agropecuária da cidade que conta com shows de cantores famosos e apresentação de rodeios.⁴

Itajubá é uma cidade universitária muito conhecida por suas faculdades sendo as principais: UNIFEI (Universidade Federal de Engenharia de Itajubá), que esta entre as 10 melhores universidades públicas do país, a FMIT (Faculdade de Medicina de Itajubá), a FACESM (Faculdade de Ciências Sociais) e a EEWB (Escola de enfermagem Wenceslau Brás). Devido a esse grande público de estudantes a cidade possui muitos bares e restaurantes.

Há grande movimentação na economia da cidade devido ao grande número de indústrias aqui instaladas, dentre elas temos como principais: IMBEL (Fábrica de armas e materiais bélicos); Helibras fabricante de helicópteros; MAHLE, CABELAUTO, AFL ambas fabricantes de peças para o setor automotivo. Através dessas empresas há grande movimentação no setor de empregos e também de cursos técnicos preparatórios para atuação nas diversas áreas requisitadas.

A cidade possui, em grande parte do seu território, energia elétrica, água tratada e encanada e rede de esgoto tratado. A porcentagem de água tratada na cidade em 2010 foi de 96,55% e a taxa de recolhimento de esgoto de

99,88%. Encontra se implantado e funcionando todos os bancos assim como cartórios e serviço de Correios.

TABELA 2 - indicadores de habitação de Itajuba- MG.

Indicadores de Habitação - Itajubá - MG	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	94,44	98,16	96,55
% da população em domicílios com energia elétrica	98,14	99,40	99,92
% da população em domicílios com coleta de lixo *Somente para população urbana	89,20	98,93	99,73

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Fonte: Disponível em >http://www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil_print/itajuba_mg

1.4 O SISTEMA DE SAÚDE DA CIDADE

O município de Itajubá é centro de referência em assistência a saúde para dezesseis municípios da chamada micro região do Alto Sapucaí. A cidade conta com 2 (dois) hospitais credenciados para o Sistema Único de Saúde - SUS, Santa Casa de Misericórdia de Itajubá e Hospital Escola de Itajubá, da Faculdade de Medicina de Itajubá, com níveis de atendimento de atenção básica até alta complexidade.¹

Oferece ainda assistência na área privada de convênios com Hospitais Odontomed, Saúde Ceam e Unimed Itajubá, além do hospital Bezerra de Menezes, voltado a saúde mental. A assistência ambulatorial, além dos serviços privados, é realizada nos hospitais credenciados do SUS, nas Unidades Básicas de Saúde do município e nas duas policlínicas municipais.

Exames laboratoriais e de imagem são realizados por prestadores de serviços credenciados pelo SUS e ou contratados pela Prefeitura Municipal, através da Secretaria de Saúde. A farmácia da Policlínica de Itajubá fornece aos pacientes cadastrados nos vários programas de saúde, medicamentos para diabéticos, hipertensos, gestantes, pacientes portadores de doenças infecto contagiosas e para o programa DST/AIDS.

A cidade conta hoje com 15 estratégias de saúde da família sendo 13 localizadas na zona urbana e dois na zona rural.

De acordo com o Departamento de Atenção Básica, no início de 2013 havia 91.159 habitantes em Itajubá, 10 equipes de saúde da família cadastradas no município, com uma estimativa de 34.500 pessoas cobertas e 37,7% de cobertura populacional estimada. Já em dezembro de 2013 houve um aumento para 91.643 habitantes, 15 ESF cadastradas e implantadas com uma cobertura estimada de 51.750 habitantes e 56,47% da população coberta. Houve uma ampliação da ESF e crescimento da cobertura da população na cidade.²

TABELA 3 - Cadastramento e cobertura das equipes de saúde da família em ITAJUBÁ-MG.



MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB
Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal
Unidade Geográfica: Município - ITAJUBÁ/MG
Competência: Janeiro de 2013 a Dezembro de 2013

Ano	Mês	População	Agentes Comunitários de Saúde							Equipe de Saúde da Família						
			Teto	Credenciados pelo Ministério da Saúde	Cadastrados no Sistema	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada	Teto	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada		
2013	01	91.159	228	100	90	90	51.750	56,77	38	16	10	10	34.500	37,85		
2013	02	91.159	228	100	90	85	48.875	53,62	38	16	10	10	34.500	37,85		
2013	03	91.159	228	100	90	81	46.575	51,09	38	16	11	10	34.500	37,85		
2013	04	91.159	228	100	89	89	51.175	56,14	38	16	13	13	44.850	49,20		
2013	05	91.159	228	100	93	93	53.475	58,66	38	16	13	13	44.850	49,20		
2013	06	91.159	228	100	93	93	53.475	58,66	38	16	13	13	44.850	49,20		
2013	07	91.643	229	100	93	93	53.475	58,35	38	16	13	13	44.850	48,94		
2013	08	91.643	229	100	90	90	51.750	56,47	38	16	13	13	44.850	48,94		
2013	09	91.643	229	100	89	89	51.175	55,84	46	16	15	15	51.750	56,47		
2013	10	91.643	229	100	89	89	51.175	55,84	46	16	15	15	51.750	56,47		
2013	11	91.643	229	100	89	89	51.175	55,84	46	16	15	15	51.750	56,47		
2013	12	91.643	229	100	89	89	51.175	55,84	46	16	15	15	51.750	56,47		

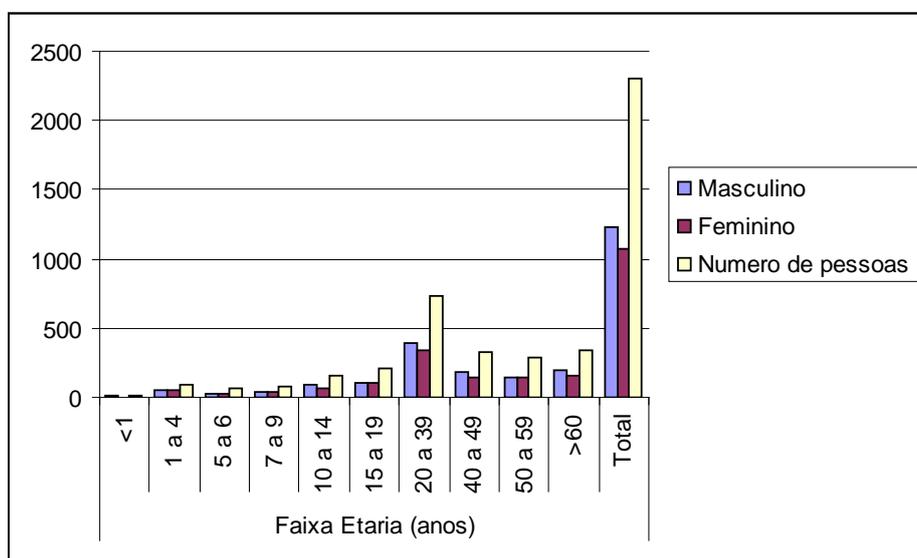
Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

O sistema de referência e contra referência da cidade é realizado na unidade de saúde através de impressos específicos. Entretanto, atualmente encontra-se muito defasado, os pacientes são referenciados para as especialidades e não há contra- referência para as unidades de atenção à saúde para a investigação, propedêuticas e tratamentos realizados pelos especialistas, fator que prejudica muito o acompanhamento dos pacientes nas unidades de atenção à saúde. Além disso, as consultas com especialistas, exames de imagem de baixa e alta complexidade, assim como alguns exames laboratoriais, demoram muito para serem marcados e realizados. Algumas vezes o tempo de espera por um exame pode levar mais de um ano, fator que

da cidade de Itajubá e as que pertencem a Maria da Fé, já que são bairros que delimitam os municípios.

Segundo o último consolidado realizado pela prefeitura no início de 2014, através do SIAB(Sistema de Informação da Atenção Básica), a Zona Rural 1 possui 2302 pessoas cadastradas, sendo 1068 do sexo feminino e 1234 do sexo masculino. A maior parte da população tem entre 20 e 39 anos, totalizando 734 pessoas, seguido pelos idosos com mais de 60 anos (346 pessoas). Até o presente consolidado, havia 674 famílias cadastradas, sendo que 281 pessoas também possuíam plano de saúde.

Figura 7- Número defamílias cadastradas em 2014.



Fonte: Secretaria de saúde de itajubá, consolidado das famílias cadastradas em 2014

Dentre essas famílias cadastradas 237 crianças, entre 7 a 14 anos frequentavam a escola somando um total de 99,58%. A população com 15 anos e ou demais alfabetizados somaram 1832 pessoas somando um total de 96,57%. Dentre essas famílias, na época que foram coletadas as informações, 16 delas recebiam bolsa família.

A principal renda da população é conquistada com trabalho na lavoura através do plantio de verduras, legumes e frutas para fornecer aos supermercados, mercados e venda nas feiras da cidade. Além disso, também trabalham na criação de gado para retirada de leite, fabricação de laticínios e corte de gado. Uma parcela da população também trabalha na construção civil

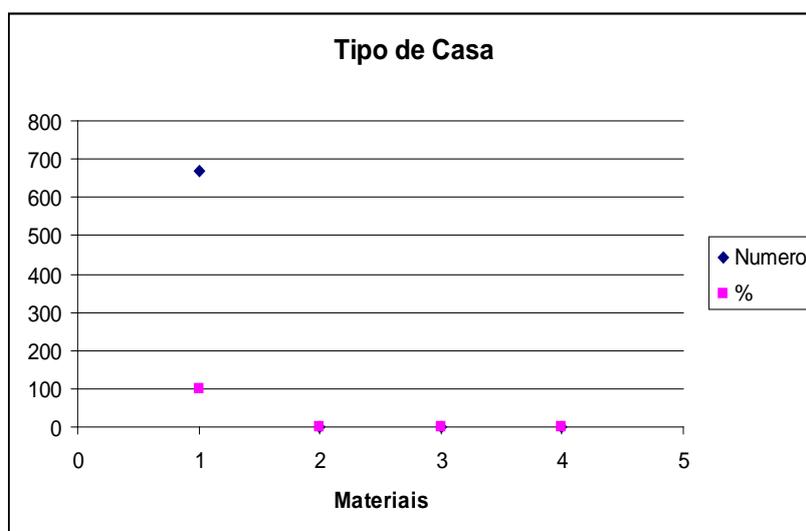
como serventes e pedreiros, nas casas de família como empregada doméstica e nas indústrias e comércios da cidade.

As principais doenças da população são a hipertensão arterial e o diabetes, além de algumas menos prevalentes como: alcoolismo, epilepsia e deficiências mentais. Observei também um grande número de pacientes portadores de distúrbios tireoidianos, alterações gástricas como doenças do refluxo gastroesofágico, esofagite e gastrite.

Além do elevado número de pacientes usuários de psicotrópicos indutores de sono e antidepressivos, também há um elevado número de tabagistas, usuários principalmente de fumo de rolo e cigarro de palha. Esse ano, realizamos na unidade de saúde do Rio Manso, uma palestra sobre os malefícios do tabaco, na semana do dia 30 de maio, dia o qual se comemora o dia mundial da luta contra o tabaco. O Alcoolismo também faz parte da rotina de muitos moradores da zona rural. Frequentemente, os pacientes relatam que bebem para “esquentar” e para “fazer a digestão”, consomem na maior parte das vezes cachaça e cerveja.

Em relação às construções das casas dos moradores, a grande maioria, (671 famílias) vive em casas feitas de tijolos (99,55%); os 0,45% restantes, são feitas respectivamente de taipa revestida, taipa não revestida e madeira.

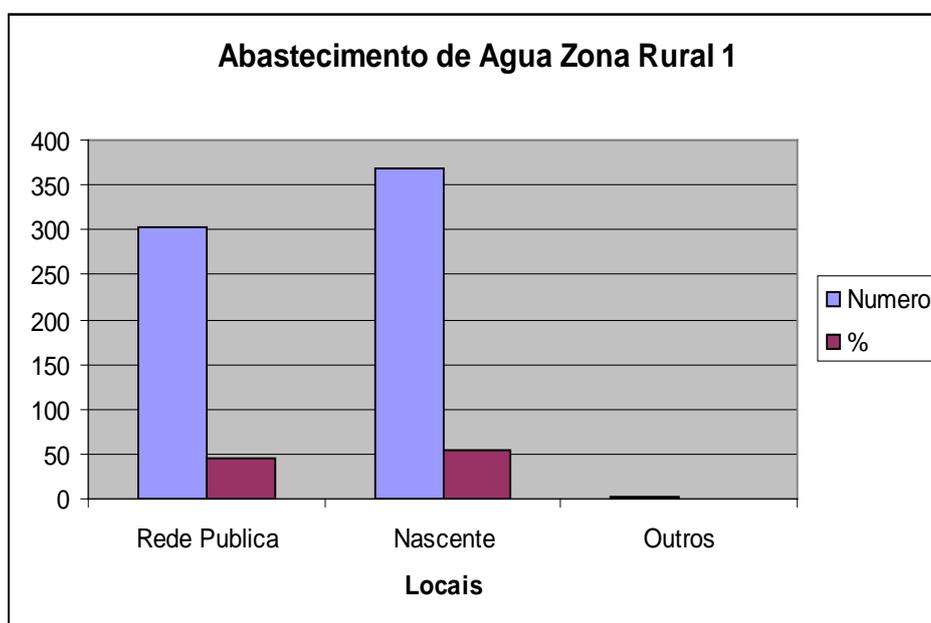
Figura 8- Tipo de construção das casas na ESF Zona Rural 1



Fonte: Secretaria de saúde de Itajubá, consolidado das famílias cadastradas em 2014

O abastecimento de água é realizado por poços artesianos e nascentes na maioria das casas 54,75%, sendo a rede pública responsável por 44,96% das moradias. O sul de minas é uma região de montanhas e muitos rios e nascentes fato que ajuda com que a população use muito a água dos córregos e nascentes que passam em suas propriedades. Essa água é filtrada em 75,52% das casas as demais sofrem outros tipos de tratamento como: fervura e cloração, sendo que 20,03% não são submetidas a nenhum tratamento, fator que aumenta a vulnerabilidade em contrair infecções.⁵

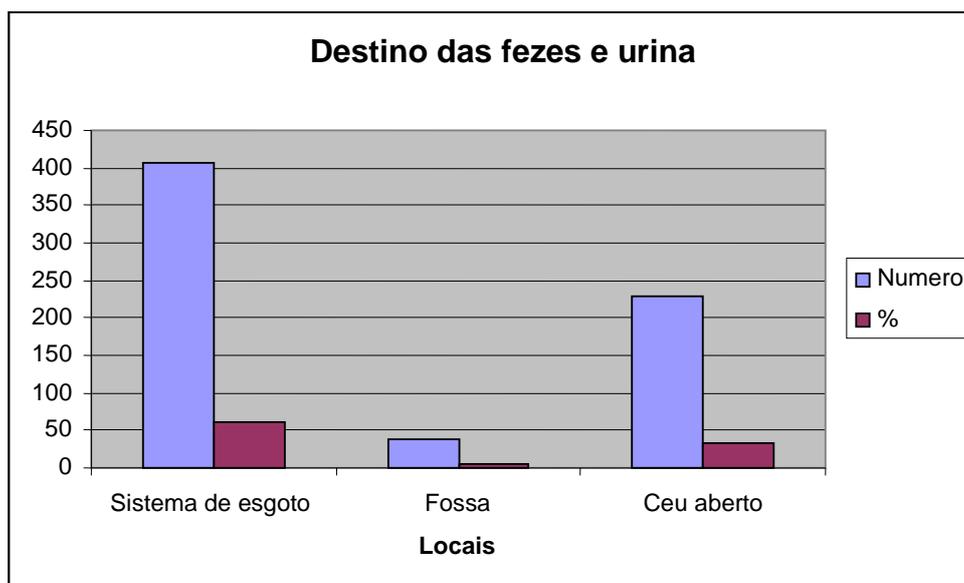
Figura 9 - Abastecimento de água na ESF Zona Rural 1



Fonte: Secretaria de saúde de Itajubá, consolidado das famílias cadastradas em 2014

Outro item preocupante na população é com relação ao destino das fezes e urina. Em torno de 60,33% das casas tem sistema de esgoto encanado, sendo que 33,83% que correspondem a 228 casas possuem o esgoto a céu aberto e 5,64% usam fossa. Na realidade atual considero esses números muito ruins para uma cidade do tamanho de Itajubá. A falta de esgoto encanado é um fator que prejudica muito a qualidade de vida da população e implica em maiores taxas de infecções contagiosas.

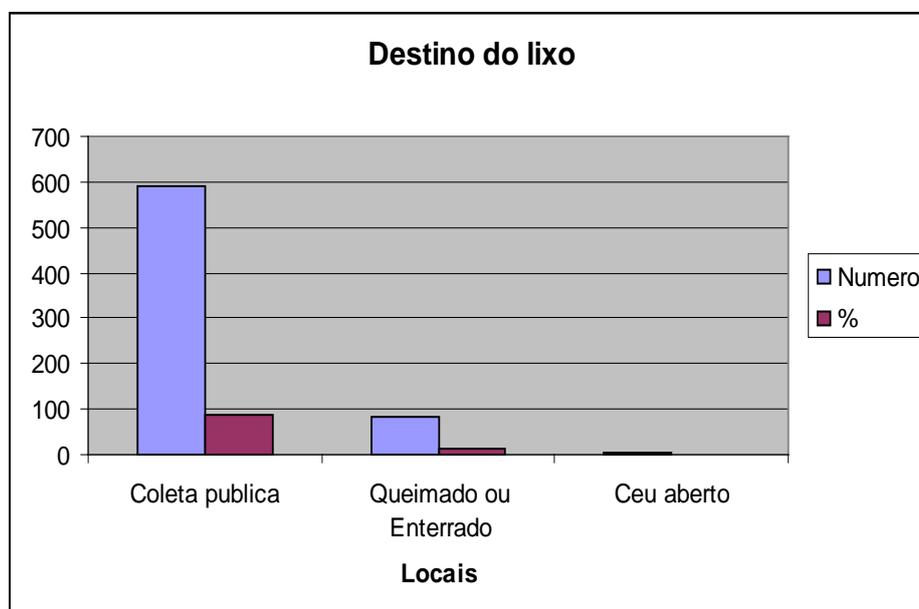
Figura 10- Sistema sanitário na ESF Zona Rural 1



Fonte: Secretaria de saúde de itajubá, consolidado das famílias cadastradas em 2014

A coleta pública de lixo é realizada em 87,39% das casas, assim como o abastecimento de energia elétrica que está presente em 99,55%.²

Figura 11- Coleta de lixo na ESF Zona Rural 1



Fonte: Secretaria de saúde de itajubá, consolidado das famílias cadastradas em 2014

A equipe é composta atualmente por uma médica, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, sendo que cada uma delas fica respectivamente nas

unidades Juru, Ano Bom, e Rio Manso. Apresentam cinco agentes de saúde no momento, sendo que duas micro áreas encontram-se descobertas. Apresenta também uma dentista, uma pediatra que atende 2hs, uma vez na semana na unidade do Ano Bom. A unidade não possui ajudante de limpeza, técnico administrativo e auxiliar de farmácia.

Os atendimentos são realizados da seguinte maneira: na segunda-feira o atendimento médico é realizado na unidade do Ano Bom com uma média de 6 consultas marcadas e 2 a 4 demandas espontâneas no período da manhã e 4 a 6 consultas na parte da tarde, pois na zona rural o funcionamento da unidade termina as 16:00h. Normalmente o período da tarde é reservado para as consultas de pré-natal, as visitas domiciliares e as demais necessidades. Na terça-feira os atendimentos são realizados através de visitas domiciliares no bairro Retiro pela manhã e reunião de equipe na parte da tarde; na quarta-feira, o atendimento é feito no Rio Manso pela manhã e visitas domiciliares ou consultas nos bairros Juru e Ano Bom a tarde; na quinta-feira pela manhã, revezamos os atendimentos entre a Serra dos Toledos e Peroba, cada semana em um deles. Essas regiões não possuem Unidade, portanto os atendimentos são realizados e adaptados em escolas desativadas e os medicamentos são levados no carro da prefeitura. Na quinta-feira a tarde não há atendimento médico; na sexta-feira de manhã, o atendimento é realizado no Jurú e na parte da tarde, não há atendimento já que a carga horária do médico é de 32 horas semanais. As unidades de saúde funcionam das 7:00 às 16:00 de segunda a sexta-feira, com 1 hora de intervalo de almoço.

Das 3 unidades, somente a do Jurú não possui sala de vacinas. Ambas contam com cozinha, farmácia, sala de espera, recepção, banheiros para funcionários e pacientes, sala dos agentes comunitários onde também ficam os prontuários e impressos médicos, uma sala para enfermeira e uma sala de atendimento médico. Apenas na unidade de saúde Ano Bom tem consultório odontológico.

Em geral, a rotina de atendimentos é tranquila, a equipe tem uma boa convivência profissional. Nas reuniões semanais são discutidos os planos de trabalho, avisos, dificuldades, dúvidas assim como temas mais prevalentes do dia-a-dia. A maioria dos pacientes comparece as consultas e há um bom

relacionamento dos pacientes com toda equipe e também com o médico durante a consulta médica.

A terapia nutricional e a educação alimentar dos pacientes hipertensos e diabéticos possuem um objetivo em geral em comum: auxiliar os indivíduos a fazer mudanças em seus hábitos alimentares, fazendo o melhor controle metabólico, do peso corporal, da pressão arterial e do nível glicêmico. O bom controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus só pode ser alcançado com um plano alimentar adequado.⁶

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 DCNT.⁷

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. 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.⁸

.

.

II. JUSTIFICATIVA

Esse trabalho se justifica pela grande prevalência de baixa orientação nutricional entre os pacientes hipertensos e/ou diabéticos na comunidade, pelo aumento dos índices de dislipidemia e obesidade na população analisada e pela dificuldade no controle dos níveis pressóricos e glicêmicos que levam ao aumento do número de medicamentos prescritos, dificultando uma boa adesão ao tratamento.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais suficientes para realizar um projeto de intervenção, portanto a proposta é viável.

Destaca-se a importância do trabalho, uma vez que a ingestão de dieta inadequada juntamente com a inatividade física é sabidamente responsável pelo aparecimento de novos casos de doenças cardiovasculares e de complicações das já existentes. 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.

Com o plano de intervenção em andamento, o usuário do PSF será beneficiado com a melhora de sua qualidade de vida.

III. OBJETIVOS

Objetivo geral: Elaborar um projeto de intervenção em relação a baixa orientação nutricional entre os pacientes hipertensos e/ou diabéticos no Programa de Saúde da Família do município de Itajubá-MG.

IV. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o Método de Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Foram selecionados através da consulta médica, entre os meses de Junho e Julho de 2014, 150 pacientes entre eles 80 hipertensos, 20 diabéticos e 50 hipertensos e diabéticos. Após a consulta, os pacientes foram convidados a responder um questionário contendo quatro perguntas sobre seus conhecimentos em relação a alimentação.

Descritores: Orientação nutricional, Hipertensos, Diabéticos, Programa de saúde da família.

Tabela 4. Conhecimento dos voluntários hipertensos sobre a importância da nutrição adequada sobre sua patologia

	hipertensos n=80	hipertensos/ diabeticos n=50	total n (%) n=130
Frequência com que o senhor(a) consome gorduras e frituras			
exageradamente	12	10	22 (17)
menos de 3x/semana	25	15	40 (31)
mais de 3x/semana	41	25	66 (51)
Procura restringir o sal na alimentação			
sim	23	15	38 (29)
não	57	35	92 (71)

Tabela 5. Conhecimento dos voluntários diabeticos sobre a importância da nutrição adequada sobre sua patologia

	diabeticos n=20	hipertensos/ diabeticos n=50	total n (%) n=70
Sabe que massa, quando ingerida, vira açúcar no sangue			
sim	5	10	15 (21)
não	15	40	55 (79)
Faz uso de adoçante ou açúcar			
sim	17	43	60 (86)
não	3	7	10 (14)

REVISÃO DE LITERATURA

Considerações sobre a hipertensão arterial

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais⁹.(Revista brasileira de hipertensão arterial, 2010)

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres.⁹

Dentre os principais fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica destacam-se: A idade, já que a prevalência de HAS encontra-se acima de 60% nos indivíduos maiores de 65 anos, O gênero e a etnia, a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. A obesidade, o excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens, A ingestão excessiva de sódio e álcool, e o sedentarismo já que a atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de doença cardiovascular.⁹

O impacto das modificações dos hábitos alimentares na redução do risco cardiovascular tem sido avaliado em diversos estudos e como resultados têm sido observadas a diminuição do peso corporal, melhora da tolerância à glicose, a redução da pressão arterial e a melhora do perfil lipídico do plasma (ALVAREZ; ZANELLA, 2009).¹⁰

O tratamento não medicamentoso na hipertensão arterial é considerado um dos fatores primordiais e necessários para o alcance da melhoria dos níveis pressóricos e diminuição dos riscos cardiovasculares da doença a longo prazo. As principais intervenções para serem feitas com relação ao tratamento não medicamentoso são:

A. Controle do peso

A relação entre aumento de peso e da pressão arterial (PA) é quase linear, sendo observada em adultos e adolescentes. Perdas de peso e da circunferência abdominal correlacionam-se com reduções da PA e melhora de alterações metabólicas associadas.

B. Mudanças no padrão alimentar

O padrão dietético DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), rico em frutas, fibras e minerais, hortaliças e laticínios com baixos teores de gordura, tem importante impacto na redução da PA. Um alto grau de adesão a esse tipo de dieta reduziu em 14% o desenvolvimento de hipertensão. Os benefícios sobre a PA têm sido associados ao alto consumo de potássio, magnésio e cálcio nesse padrão nutricional. A dieta DASH potencializa ainda o efeito de orientações nutricionais para emagrecimento, reduzindo também biomarcadores de risco cardiovascular.

C. Redução do consumo de sal: A relação entre PA e a quantidade de sódio ingerido é heterogênea. Esse fenômeno é conhecido como sensibilidade ao sal. Indivíduos normotensos com elevada sensibilidade à ingestão de sal apresentaram incidência cinco vezes maior de HAS, em 15 anos, do que aqueles com baixa sensibilidade. A necessidade diária de sódio para os seres humanos é a contida em 5 g de cloreto de sódio ou sal de cozinha. O consumo médio do brasileiro corresponde ao dobro do recomendado.

D. Aumento do consumo de ácidos graxos insaturados como: óleo de peixe, de oliva, canola, azeitonas, abacates e oleaginosas como nozes, castanhas, amendoim e amêndoas. Aumento na ingestão de fibras solúveis e insolúveis, da proteína de soja, do alho, chocolate amargo e laticínios magros.

E. Redução do consumo de álcool: Há associação entre a ingestão de álcool e as alterações de PA dependentes da quantidade ingerida.

Claramente, uma quantidade maior de etanol eleva a PA e está associada a maiores morbidade e mortalidade cardiovasculares. Em vista da controvérsia em relação à segurança e ao benefício cardiovascular de baixas doses, assim como da ação nefasta do álcool na sociedade, devemos orientar àqueles que têm o hábito de ingerir bebidas alcoólicas que não ultrapassem 30 g de etanol ao dia, para homens, de preferência não habitualmente, sendo a metade dessa quantidade a tolerada para as mulheres.

- F. Estímulo a atividade física: Ensaios clínicos controlados demonstraram que os exercícios aeróbios (isotônicos), que devem ser complementados pelos resistidos, promovem reduções de PA, estando indicados para a prevenção e o tratamento da HAS. Para manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, todo adulto deve realizar, pelo menos cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada, desde que em condições de realizá-la
- G. Cessação do tabagismo: A cessação do tabagismo constitui medida fundamental e prioritária na prevenção primária e secundária das DCV e de diversas outras doenças. Não há, entretanto, evidências de que, para o controle de PA, haja benefícios.⁹

Considerações sobre o diabetes mellitus

Diabetes mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. (Diretriz da Sociedade brasileira de diabetes,2014).¹¹

A classificação atual do DM baseia-se na etiologia, e não no tipo de tratamento, portanto os termos DM insulino dependente e DM insulino independente devem ser eliminados dessa categoria classificatória. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM

gestacional. Ainda há duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares (DCVs).¹¹

O DM1, forma presente em 5% a 10% dos casos, é o resultado da destruição de células betapancreáticas com conseqüente deficiência de insulina. Na maioria dos casos, essa destruição de células beta é mediada por autoimunidade, porém existem casos em que não há evidências de processo autoimune, sendo, portanto, referidos como forma idiopática de DM1.¹¹

O DM2 é a forma presente em 90% a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina. Em geral, ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, porém pode haver predomínio de um deles. A maioria dos pacientes com essa forma de DM apresenta sobrepeso ou obesidade, pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos.¹¹

A terapia nutricional em diabetes tem como alvo o bom estado nutricional, saúde fisiológica e qualidade de vida do indivíduo, bem como prevenir e tratar complicações a curto e a longo prazo e comorbidades associadas. Tem sido bem documentado que o acompanhamento nutricional, realizado por especialista favorece o controle glicêmico promovendo redução de 1% a 2% nos níveis de hemoglobina glicada, independentemente do tipo de diabetes e tempo de diagnóstico.¹¹

Sabe-se também que quando associado a outros componentes do cuidado em diabetes, o acompanhamento nutricional pode melhorar ainda mais os parâmetros clínicos e metabólicos dessa doença. Embora o aparecimento do diabetes tipo 1 não seja evitável, o diabetes tipo 2 pode ser retardado ou prevenido, por meio de modificações de estilo de vida, que incluem dieta e atividade física.¹¹

A nutrição equilibrada estabelecida a partir de concentrações adequadas de macronutrientes e micronutrientes, prescritos de forma individualizada, deve se basear nos objetivos do tratamento. A ingestão dietética recomendada segue recomendações semelhantes àsquelas definidas para a população geral, considerando todas as faixas etárias.¹¹

Inserido neste panorama, o diabetes mellitus representa também considerável encargo econômico para indivíduos e sociedade, especialmente quando mal controlado, sendo a maior parte dos custos diretos de seu tratamento relacionados a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos.¹²

A progressiva ascensão das doenças crônicas no Brasil impõe a necessidade de uma revisão das políticas públicas em saúde, bem como a implantação de ações de saúde que incluam estratégias de redução de risco e controle dessas doenças.¹²

O adequado controle metabólico no DM-2 é fundamental para prevenir a ocorrência de episódios agudos de hiperglicemia ou hipoglicemia, como também para impedir ou retardar o desenvolvimento de complicações como neuropatias, nefropatias, obesidade, dislipidemia e doenças cardiovasculares.¹²

V. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Tabela 6 -Identificação dos nós críticos

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de conhecimento dos pacientes sobre a importância de se realizar dieta para um bom controle da doença	Conhecer já Transmitir conhecimento para promoção de uma alimentação saudável.	Conscientização dos pacientes para que seja atingido um melhor controle glicêmico e pressórico	. Palestras educativas em cada bairro mostrando os benefícios dos alimentos . Programa “plantar e comer” utilizar em casa o que planta no quintal	Organizacional: Organizar palestras, comunicar os pacientes. Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação Financeiro: Adquirir recursos audiovisuais para realização das palestras
Pouca orientação de como realizar a dieta por parte dos profissionais de saúde(toda a equipe)	Cuidar melhor Melhorar a qualidade e quantidade de orientações alimentares fornecidas pela equipe de saúde para os pacientes	Alcance e compartilhamento de conhecimento para melhorar a qualidade de vida de um maior número de pacientes	Capacitação dos membros da equipe(Acs) Confecção de cartazes e folhetos ilustrativos/explicativos sobre o que consumir X o que deve evitar	Cognitivo: Capacitação adequada dos profissionais Financeiro: Confecção de cartazes e folhetos explicativos para os pacientes.
Dificuldade econômica de adquirir produtos dietéticos e lights	Dia DIET Fornecimento de produtos dietéticos aos pacientes participantes como estímulo a mudança de hábitos	Promover a oportunidade dos pacientes conhecerem e utilizarem os produtos dietéticos	Fornecimento por parte da prefeitura e doadores de produtos dietéticos e com baixo teor de gordura como adoçantes e doces dietéticos	Políticos: recursos vindos da prefeitura para compra de produtos dietéticos Organizacionais: Organização de doadores, através da igreja e voluntários
Baixo nível de	Cozinhar com	Ensinar os	Implantação do	Organizacionais: Organização

<p>escolaridade da população.</p>	<p>saúde Oferecer aos pacientes que tem dificuldade em ler o que devem comer através do preparo de receitas saudáveis</p>	<p>pacientes a preparem receitas saudáveis usando os ingredientes da roça mas com pouco sal, gordura e açúcar.</p>	<p>programa cozinhar com saúde, ensinando receitas diet e light adaptadas aos alimentos que os pacientes já tem em casa.</p>	<p>da agenda de trabalho para disponibilização de um tempo para o programa cozinhar bem Cognitivos: Aprender a realizar receitas saudáveis para transmitir o conhecimento para os pacientes</p>
<p>Crença de que somente o uso do medicamento é importante</p>	<p>Viver+ e viver melhor Mostrar para os pacientes que os medicamentos são os aliados de uma boa alimentação</p>	<p>Conscientizar os pacientes que ao realizar uma boa alimentação haverá melhora dos níveis pressóricos e glicêmicos o que pode contribuir para diminuição o número de medicações</p>	<p>Propor a realização de diários pressóricos e/ou glicêmicos aliados a uma dieta saudável e o reajuste das medicações, promovendo melhora na qualidade de vida dos pacientes→ Ingerir menos medicamentos→adquirir menos efeitos colaterais</p>	<p>Financeiros: Elaboração de cartilha para diabético e/ou hipertenso onde poderão anotar os valores da PA e da glicemia capilar Cognitivos: Negociação médico/paciente, promovendo ajuste de medicações de acordo com os resultados obtidos</p>

Tabela 7 -Elaboração do plano de intervenção

Operações	Resultados	Pró-endemias/epidemias adultos	Ação estratégica	Responsável	Prazos
Conhecer já Transmitir conhecimento para melhor controle glicêmico e pressórico	Conscientização dos pacientes para que seja atingido um melhor controle glicêmico e pressórico	Palestras educativas em cada bairro mostrando os benefícios dos alimentos. Programa “plantar e comer” utilizar em casa o que planta no quintal	x	Mariana e Daniela	1 mês para início das atividades
Cuidar melhor Melhorar a qualidade e quantidade de orientações alimentares praticadas pela equipe de saúde da família	Alcance e compartilhamento de conhecimento para melhorar a qualidade de vida de um maior número de pacientes	Capacitação dos membros da equipe(Acs). Confeção de cartazes e folhetos ilustrativos/explicativos sobre o que consumir X o que deve evitar	Apresentar o projeto expondo a necessidade e o benefício para população	Nutricionista Mayara, Tamara e Leonardo	3 meses para apresentação do projeto e 4 meses para início das atividades
Dia DIET Fornecimento de produtos dietéticos como estímulo a mudança alimentar aos pacientes participantes	Promover a oportunidade dos pacientes conhecerem e utilizarem os produtos dietéticos	Fornecimento por parte da prefeitura e doadores de produtos dietéticos e com baixo teor de gordura como adoçantes e doces dietéticos	Apresentar o projeto expondo a necessidade e o benefício para população	Célia e Eulália	3 meses para apresentar o projeto e 2 meses para iniciar as atividades
Cozinhar com saúde Oferecer aos pacientes que tem dificuldade em ler o que devem comer através do preparo de receitas saudáveis	Ensinar os pacientes que não tiveram estudo a preparem receitas saudáveis usando os ingredientes da roça mas com pouco sal, gordura e açúcar.	Implantação do programa cozinhar com saúde, ensinando receitas diet e light adaptadas aos alimentos que os pacientes já tem em casa.	x	Ana Angélica Patrícia e Rosa	4 meses para início das atividades
Viver + e melhor Mostrar para os pacientes que os medicamentos são os aliados de uma boa alimentação	Conscientizar os pacientes que ao realizar uma boa alimentação haverá melhora dos níveis pressóricos e glicêmicos o que pode contribuir para diminuição do número de medicações	Propor a realização de diários pressóricos e/ou glicêmicos aliados a uma dieta saudável e o reajuste das medicações, promovendo melhora na qualidade de vida dos pacientes → Ingerir menos medicamentos → adquirir menos efeitos colaterais	x	Mariana e Leonardo	3 meses para início das atividades

Considerações finais

Dentre as doenças crônicas, a hipertensão arterial e o Diabetes mellitus são as mais comuns, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida. Estas alterações podem comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias.

Através do diagnóstico situacional da ESF Zona Rural 1, foi possível confirmar a baixa orientação nutricional entre os pacientes hipertensos e diabéticos. De todos os pacientes diabéticos que responderam o questionário (20 diabéticos e 50 diabéticos/hipertensos), 79% não sabiam que nas massas como: pães, macarrão, arroz, e legumes que nascem em baixo da terra, quando ingeridos viram açúcar no sangue. Entre os hipertensos (80 hipertensos + 50 diabéticos/hipertensos), mais de 50% consome fritura mais de três vezes por semana e 71% não restringe o sal da dieta. A resposta a estas simples perguntas mostraram a necessidade de se criar um programa para melhorar a educação nutricional dos usuários e criar o projeto de intervenção para melhorar a qualidade de vida destes. Para isso é essencial a qualificação da equipe de saúde.

A elaboração do plano de intervenção visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes, hipertensos e diabéticos no programa de saúde da família zona rural 1 do município de Itajubá-MG.

Sendo assim a mudança nos hábitos de vida é de fundamental importância não só para estes pacientes em questão, mas também para as pessoas ao seu redor, evitando dessa maneira que os indivíduos pré-dispostos ao diabetes e a hipertensão desenvolvam também a doença.

REFERÊNCIAS

1. Prefeitura de Itajubá. Disponível em: <<http://www.itajuba.mg.gov.br/>> Acesso em 07 de Dezembro de 2014.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em : <www.ibge.gov.br/> Acesso em 07 de Dezembro de 2014
3. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA, Atlas Brasil. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil_print/itajuba_mg> Acesso em 07 de Dezembro de 2014.
4. Sistema de Informação de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacao-de-atencao-basica-siab>> Acesso em 18 de junho de 2014.
5. Consolidado das famílias cadastradas em 2014, fornecido pela Secretaria de Saúde de Itajubá.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo /Ministério da Saúde**, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
7. REIS, R., BATISTA, K., DIAS G. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. **Revista de Nutrição**, Campinas, p 823-825, novembro, 2009.
8. International Diabetes Federation. What is diabetes?.[homepage da internet]. Brussels (BE): IDF; 2006.[acesso em 2008 Fev 25]. Disponível em: <http://www.idf.org/home/index.cfm?node=2>.
9. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão - **Revista Brasileira de Hipertensão arterial**, v.17, n.1, p.25-30, 2010.
10. ALVAREZ, T., ZANELLA, M. Impacto de dois programas de educação nutricional sobre o risco cardiovascular em pacientes hipertensos e com excesso de peso. **Revista de Nutrição**, Campinas, p 71-79, Janeiro, 2009.
11. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes ; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.
12. SOUZA, B.R.M.; VIEIRA, D.P.B.; SILVA, I.R.P.; BRAGA, T.P.; BURÇÃOS, G.C.S.; DUTRA, C.D.T. et al. Perfil nutricional de usuários do Programa HIPERDIA em Ananindeua, Pará, Brasil. **Rev Bras Med Fam**

Comunidade, v. 8, n. 28, p.:187-95, 2013;Disponível em:
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(28\)500](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(28)500).

ANEXO

QUESTIONÁRIO SOBRE ORIENTAÇÃO ALIMENTAR Nome (opcional): Idade:
Qual a frequência com que o senhora(a) consome gorduras e frituras? (Incluem-se: carne de porco/boi, alimentos fritos, sanduíches, salgados, pizzas, preparar a comida na banha de porco) Esporadicamente (festas e reuniões) Menos de 3 vezes na semana Mais de 3 vezes na semana
Procura restringir o sal na alimentação? A) Sim B) Não
O senhor(a) sabia que nas massas como: pães, macarrão, arroz, e legumes que nascem em baixo da terra quando ingeridos viram açúcar no sangue? Sabiam Não sabiam
O senhor(a) faz uso de adoçante ou açúcar? Açúcar Adoçante