



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE LICENCIATURA E BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

THAIS DE OLIVEIRA ARAÚJO

**LABORATÓRIO ITINERANTE (LABIT): UMA EXPERIÊNCIA DE
ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS**

CAMPINA GRANDE – PB

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S586n

Araújo, Thais de Oliveira.

Laboratório Itinerante (LABIT) [manuscrito] : uma experiência de enfermagem na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis / Thais de Oliveira Araújo. – 2012.

25 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Profa. Ma. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida, Departamento de Enfermagem”.

1. Promoção da saúde. 2. Educação em saúde. 3. Hipertensão. 4. *Diabetes mellitus*. I. Título.

21. ed. CDD 613

THAIS DE OLIVEIRA ARAÚJO

**LABORATÓRIO ITINERANTE (LABIT): UMA EXPERIÊNCIA DE
ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Enfermagem da
Universidade Estadual
da Paraíba, em cumprimento à exigência
para obtenção do grau de Bacharel e
Licenciada em Enfermagem.

Orientador (a): Sueli Aparecida
Albuquerque de Almeida

CAMPINA GRANDE – PB

2012

THAIS DE OLIVEIRA ARAÚJO

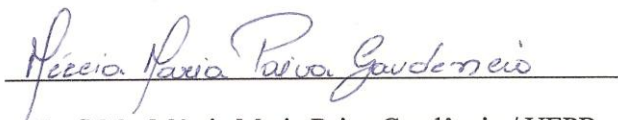
**LABORATÓRIO ITINERANTE (LABIT): UMA EXPERIÊNCIA DE
ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Enfermagem da Universidade Estadual
da Paraíba, em cumprimento à exigência
para obtenção do grau de Bacharel e
Licenciada em Enfermagem.

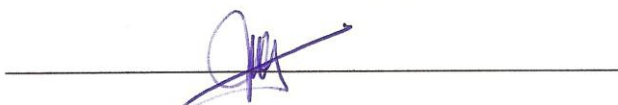
Aprovado em 20 de junho de 2012.



Profª. Ms. Sueli Aparecida Albuquerque de Almeida / UEPB
Orientadora



Profª Ms. Mércia Maria Paiva Gaudêncio / UEPB
Examinadora



Profª Ms. Josefa Josete da Silva Santos / UEPB
Examinadora

Dedico

O esforço empreendido a Deus e o trabalho realizado aos meus pais, Mágnã Maria e Antonio Souza, os quais amo muito e que em momentos diversos e de formas distintas sempre estiveram presentes em minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela presença constante, compaixão e conquistas concedidas mesmo quando não fui merecedora. A Ti, Senhor, me curvo e Te agradeço.

À minha mãe, pelas inúmeras razões que me deu para nunca desistir de lutar. Que abdicou inúmeras vezes de seus anseios para ajudar a construir os meus. Que me deu autonomia para escolher meu próprio caminho. Mulher incrível que me mostrou sua experiência de vida e me ensinou a ser o que sou.

Ao meu pai que, de forma singular, esteve presente em minha vida, a sua maneira e no seu momento.

Aos meus irmãos, pelo simples fato de existirem em minha vida e torná-la muito mais feliz.

Ao meu namorado Fabrício Lea, que, com todo carinho e atenção cuidou de mim nos momentos em que senti medo e insegurança.

À amiga Luanna Azevedo por dividir momentos distintos de alegria, choro e construção pessoal.

À Sueli Albuquerque, pelos conhecimentos adquiridos e orientação do meu trabalho de conclusão de curso. Por toda paciência em meio a minha ansiedade.

À banca examinadora, por ter feito parte da minha vida acadêmica como docentes e na construção do meu Trabalho de Conclusão de Curso.

“A grandeza de um homem consiste
em sua decisão de ser mais forte
que a condição humana.”
(Albert Camus)

RESUMO

ARAÚJO, Thais de Oliveira. Laboratório Itinerante: uma experiência de enfermagem na prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, 2012.

O Laboratório Itinerante (LABIT) é um projeto amplo e multidisciplinar composto por alunos de diversos cursos, apoiado pela Pró-reitoria de extensão e assuntos comunitários (PROEAC) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Foi criado em 1997 pela junção de professores e alunos que almejavam levar informações sobre a saúde aos mais variados públicos. Trata-se de um Relato de Experiência baseado em atividades de extensão acadêmico-assistencial com enfoque na promoção e prevenção da saúde. As atividades assistenciais foram realizadas no Labit no município de Campina Grande e cidades circunvizinhas no período que vai de março de 2010 a abril de 2012. Tem por objetivo primordial explicar as experiências vivenciadas no Labit durante as ações extensionistas dos últimos dois anos. Além disso, refletir sobre a promoção e a prevenção da saúde, salientar a relevância das ações extensionistas para a população alvo e expor como ocorreu o atendimento durante as ações. O relacionamento com os participantes das ações se mostrou positivo, visto que é considerável a procura dos nossos estandes. Constatei que a promoção da saúde produz um resultado satisfatório através de ações educativas quando incidem sobre os indivíduos e sobre a população um conceito de prevenção, proteção e recuperação da saúde. A experiência vivenciada no Labit, embora produza inquietações, provoca anseios de buscar conhecimentos novos e rever os antigos.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da saúde, Educação em saúde, Hipertensão, Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

ARAÚJO, de Oliveira Thais. Itinerant Laboratory: a nursing experience in the prevention of noncommunicable chronic diseases. Completion of course work (Bachelor Degree in Nursing) - University of Paraiba, Campina Grande, PB, 2012.

The Itinerant Laboratory (Labit) is a comprehensive and multidisciplinary project consists of students from different courses, supported by the Pro-rector of extension and community affairs (PROEAC) State University of Paraiba (UEPB). It was created in 1997 by the junction of teachers and students who aspired to bring health information to many different audiences. This is an Experience Report based on academic and outreach activities focusing on health care promotion and health prevention. The activities were held in Labit in Campina Grande and surrounding towns. Its primary objective explain their experiences on the Labit actions during the extension of the last two years. Also, think about promotion and health prevention, stress the importance of extension activities for the target population and expose the service as occurs during the actions. The relationship with the participants of the shares was positive, since a considerable demand for our booths. I found that health promotion produces a satisfactory outcome through educational activities where they relate to individuals on the population and a concept of prevention, protection and restoration of health. The lived experience in Labit, although producing concerns, causing expectations to seek new knowledge and revise old ones.

KEYWORDS: Health promotion, health education, Hypertension, Diabetes Mellitus.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem- **CEPE**

Diabetes Melittus- **DM**

Estratégia de Saúde da Família- **ESF**

Hipertensão Arterial- **HA**

Laboratório Itinerante- **LABIT**

Organização Mundial de Saúde- **OMS**

Pressão Arterial- **PA**

Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários- **PROEAC**

Sociedade Brasileira de Cardiologia- **SBC**

Sociedade Brasileira de Diabetes- **SBD**

Sistema Único de Saúde- **SUS**

Universidade Estadual da Paraíba- **UEPB**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo Geral	11
2.2 Objetivos Específicos	11
2.3 Metas	11
3 REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1 Considerações sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	12
2.2 Considerações sobre Promoção e prevenção da saúde	15
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	18
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSAO DOS RESULTADOS	19
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	23
APÊNDICES	26

1 INTRODUÇÃO

O Laboratório Itinerante (LABIT) é um projeto amplo e multidisciplinar, composto por alunos dos cursos de enfermagem, odontologia, direito, serviço social, fisioterapia e química industrial. Foi criado em 1997, pela iniciativa de professores e alunos que almejavam levar até as pessoas residentes das cidades mais próximas a educação em saúde. Apoiado pela Pró-reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (PROEAC) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), possui a finalidade de transmitir de maneira prática, rápida e eficaz informações sobre diversos assuntos relacionados à saúde, higiene e direitos humanos.

As ações, como são chamadas as atividades desenvolvidas por nós, ocorrem em Campina Grande e cidades circunvizinhas. Os locais de atuação são frequentemente bares, clubes, escolas, igrejas, associações, praças ou qualquer outro em que tenhamos subsídios para armar tendas e colocar mesas e cadeiras para suporte dos instrumentos de trabalho.

As ações são desenvolvidas de acordo com as solicitações requeridas pelas instituições de cada cidade. Para tanto, se faz necessário o encaminhamento de um ofício a Pró-reitoria de Extensão expondo neste, os serviços que gostariam de disponibilizar para o público e a carga horária necessária. Estas acontecem nos períodos matutinos e vespertinos e as pessoas que participam delas são homens, mulheres e crianças com todas as idades. A demanda é espontânea e ocorre por uma divulgação prévia realizada pelos organizadores do evento em cada cidade.

As atividades são desenvolvidas entre os cursos do seguinte modo: O curso de Odontologia desenvolve atividades relacionadas à orientação em saúde bucal como, por exemplo, a correta escovação, explica o porquê da formação de placas, e faz aplicação de flúor nas crianças. O curso de Química Industrial ensina aos participantes a produzirem detergentes e desinfetantes caseiros. Direito, faz assessoria jurídica, norteando os participantes quanto às causas que os afligem. Farmácia faz pesquisa sobre a medicina fitoterápica, buscando dos participantes seus conhecimentos sobre as plantas medicinais e Fisioterapia realiza sessões de alongamentos e massagens relaxantes com aqueles que frequentam os estandes.

As atividades de enfermagem são divididas por subgrupos que abrangem temas relacionados à saúde da mulher com orientação para realização do alto exame das mamas,

orientação sexual, com planejamento familiar e para homens e mulheres quando orienta em relação às doenças crônicas não transmissíveis como a Hipertensão e o Diabetes e orientação nutricional. Este subgrupo foi o que escolhi para fazer parte, pois sendo hoje às doenças crônicas não transmissíveis responsáveis por um número alarmante de mortes e morbidade no país, entendo que a promoção da saúde é um dos instrumentos mais importantes para combater essas patologias, pois a informação é sem dúvida um coeficiente de grande valia.

Enquanto acadêmica de enfermagem apresento neste texto – metodologicamente conduzido como um relato de experiência - as vivências e percepções resultantes de minha permanência no Labit, realizado no município de Campina Grande e cidades circunvizinhas. A experiência objeto deste relato aconteceu entre março de 2010 e abril de 2012, no município já citado anteriormente. Participaram do Labit, constituindo uma equipe multidisciplinar, alunos dos seguintes cursos: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia, Química Industrial, Serviço Social e Direito.

Enquanto integrante do projeto e acadêmica de enfermagem, minhas experiências foram conduzidas pela compreensão da atenção em saúde considerando o sujeito como um ser integral, complexo e singular. Ao mesmo tempo, busca a promoção e a prevenção da saúde, e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades do indivíduo de viver de maneira saudável (BRASIL, 2007).

Para o Labit os acadêmicos, em especial os de enfermagem, devem ser capazes de auxiliar nos problemas dos indivíduos pertencentes às comunidades visitadas, além de apresentar postura ética profissional possibilitando uma atuação eficaz e comprometida com a sociedade. Os acadêmicos participantes das práticas assistenciais devem cumprir rigorosamente a carga horária proposta pelo projeto. Para Ito (2006), o curso de graduação deve possibilitar ao futuro enfermeiro atuar na realidade dos indivíduos de modo a propiciar a organização do trabalho. Diante do exposto, percebe-se que a articulação entre o ensino e a prática indicam a necessidade de estratégias de intervenção no processo de saúde doença.

2 OBJETIVOS E METAS

2.1 Objetivo geral:

- Explanar as experiências vivenciadas no Labit durante as ações extensionistas dos últimos dois anos.

2.2 Objetivos específicos

- Refletir sobre a promoção e a prevenção da saúde;
- Salientar a relevância das ações extensionistas para a população alvo;
- Expor como ocorre o atendimento durante as ações.

2.3 Metas

- Prestar maiores informações sobre as doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão e o diabetes;
- Transmitir informações de maneira clara e objetiva ao maior número possível de participantes;
- Desenvolver as atividades com responsabilidade, respeito e profissionalismo, sem distinção de cor, sexo ou classe social.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Este é um trabalho metodologicamente construído como relato de experiência, e as razões pelas quais me levaram a realizar uma revisão da literatura não se afastam daquelas que justificam este procedimento em outros trabalhos de cunho científico. Portanto, busco com o auxílio de diversos autores abarcar o entendimento sobre os principais conceitos que deram suporte as experiências vivenciadas no Labit, os quais constituíram-se nas ações como ferramentas de trabalhos para as experiências vividas entre alunos, professores e comunidades. Contudo faço considerações, com objetividade e sem ambição de esgotar a produção teórica, sobre as seguintes temáticas: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, promoção e prevenção da saúde.

2.1 Considerações sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

Consideradas um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis, nas quais estão incluídas a Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM), representam alto custo médico-social, principalmente pelas complicações que causam. As doenças crônicas estão se tornando uma das maiores causas de morbidade e mortalidade no país, pois a sua prevalência cresce a cada ano, difundindo-se por todas as faixas etárias, com predominância nos grupos etários mais jovens e atingindo todas as classes sociais.

A Hipertensão é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral; por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006a).

Os tipos de diabetes mais frequentes são o Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos e o Diabetes mellitus tipo 1 (DM1), anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos. Outro tipo de diabetes encontrado com maior frequência e cuja etiologia ainda não está esclarecida é o diabetes gestacional, que, em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento pré-natal. (BRASIL, 2006b).

O termo tipo 1 indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte. O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A administração de insulina nesses casos, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave (BRASIL, 2006b).

A prevalência de DM está aumentando por causa do crescimento e do envelhecimento populacional, maior urbanização, crescente prevalência da obesidade, sedentarismo e maior sobrevida do paciente diabético. Estima-se que, em 1995, o DM atingia 4% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará o montante de 5,4%, visto que nos países em desenvolvimento será observado em todas as faixas etárias, com predominância para grupos etários mais jovens, principalmente na faixa etária de 45 a 64 anos de idade, em comparação aos países desenvolvidos (FERREIRA, 2009).

Considera-se que a identificação precoce dos casos de HA e DM são extremamente importantes, por estabelecer vínculo entre os usuários e unidades básicas de saúde sendo esta relação imprescindível ao sucesso do controle dessas afecções. O acompanhamento destas patologias na atenção primária poderá evitar o surgimento e progressão de complicações, reduzindo internações hospitalares e mortalidade relacionada a esses agravos (SILVA et al, 2011).

O rastreamento de níveis aumentados de pressão arterial (PA) e glicemia são procedimentos que devem ser realizados pelo profissional de saúde como medida preventiva, fazendo parte também dos exames clínicos de rotina. Esta iniciativa facilita detectar indivíduos assintomáticos com elevados níveis pressóricos e glicêmicos, permitindo o início precoce do tratamento (WHELTON, 2002).

Para diagnosticar e classificar um paciente com HA o primeiro passo na avaliação do mesmo é a correta aferição da pressão arterial. Os valores apresentados na Tabela 1 servem de base para a classificação da HA em adultos. Devem ser realizadas duas ou três aferições corretas da PA antes de confirmar o diagnóstico. Para tanto, faz-se necessário à utilização de um esfigmomanômetro de mercúrio bem calibrado e um ambiente calmo para uma medida mais confiável da pressão arterial. Esta medida somente deve ser feita após, no mínimo, 5 minutos de relaxamento do paciente (NEVES, 2009).

Tabela 1: Classificação da PA para indivíduos acima de 18 anos, segundo a VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) em cada consulta, deverão ser realizadas pelo menos três aferições, com intervalo de um minuto entre elas, sendo a média das duas últimas considerada a pressão arterial do indivíduo. Para o Ministério da Saúde (MS) a técnica que cabe a este procedimento se resume em:

1. Explicar o procedimento ao paciente, orientando que não fale e descanse por 5-10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável. Promover relaxamento, para atenuar o efeito do avental branco (elevação da pressão arterial pela tensão provocada pela simples presença do profissional de saúde, particularmente do médico).
2. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos há 60-90 minutos; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes e não estar com as pernas cruzadas.
3. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80%.
4. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.
5. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
6. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível a pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.

7. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
8. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determinou a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente.
9. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff).
10. Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco.
11. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.
12. O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento.

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão e do diabetes. Alimentação adequada, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser devidamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial nem de valores glicêmicos ideais para uma boa qualidade de vida (BRASIL, 2006a).

Para Araújo (1999), a enfermeira exerce papel importante dentro do contexto da HA e DM, abrangendo aspectos que vão desde a participação em programas de detecção precoce, até o desenvolvimento de estratégias para garantir adesão ao tratamento. Isto tem levado a um maior esforço no desenvolvimento de estudos, enfocando a educação e orientação do cliente como parte integrante do cuidado de enfermagem.

2.2 Considerações sobre Promoção e Prevenção da Saúde

A expressão ‘promoção da saúde’ foi usada pela primeira vez em 1974, pelo Ministro, Mark Lalond, da National Health and Welfare (Saúde e Bem-Estar Nacional), Canadá, em um documento chamado *The New Perspectives on the Health of Canadians* (Novas Perspectivas Sobre a Saúde dos Canadenses). Este destacava a influência de fatores ambientais, comportamentos individuais e modos de vida na ocorrência de doenças e na morte. A estratégia enfatizada era que a promoção da saúde deveria combinar melhorias ambientais (abordagem estruturalista) com mudanças de comportamento (estilos de vida). Isso reduziria a morbidade e as mortes prematuras (OLIVEIRA, 2005 apud MCDONALD, 1995).

Em 1986, na Conferência da Organização Mundial da Saúde (OMS) em Ottawa, foi formulada uma base ideológica para a promoção da saúde, a Carta de Ottawa. Esta definia a promoção da saúde como o processo através do qual indivíduos são capacitados para ter maior controle e melhoria da própria saúde, o que significa o reconhecimento da importância do poder e do controle para a promoção da saúde (OLIVEIRA, 2005 apud WHO, 1986).

A promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios para que indivíduos e comunidades tenham a possibilidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Entre seus principais campos estão ambientes favoráveis a escolhas mais saudáveis, acesso à informação e educação em saúde, desenvolvimento de habilidades para uma vida saudável, bem como a reorganização dos serviços de saúde (RIBEIRO et al, 2012).

Segundo Brasil (2010), a promoção contribui para construção de ações que possibilitam responder as necessidades sociais em saúde, pois é tida como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro.

Em todas as etapas da vida humana cabem diversas ações de promoção da saúde, voltadas para os indivíduos, para os grupos sociais e para as populações. No entanto existe a necessidade de uma maior atenção e cuidados para com os indivíduos jovens, visando à prevenção primária de doenças crônicas (PETRIBU et al, 2009). Por meio da educação em saúde e das ações comunitárias possibilita-se estimular comportamentos, valores e atitudes entre os indivíduos (SANTOS et al, 2011).

Conhecido como níveis de Leavell, o conceito de níveis de prevenção relata que as atividades dos médicos e de outros profissionais da saúde, tem o objetivo da prevenção. Existem três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária.

Na primeira, a maioria das doenças não- infecciosas pode ser vista como tendo um estágio precoce, durante o qual os fatores causais iniciarão a produção das anormalidades fisiológicas. O objetivo, nesse momento, é modificar os fatores de risco em uma direção favorável.

Na secundária, o diagnóstico pré-sintomático e tratamento através de programas de rastreamento são de extrema importância, porque é uma linha de defesa secundária da doença. Apesar de não prevenirem a causa de iniciar o processo da doença, podem prevenir as sequelas permanentes.

E o último nível de prevenção chamado de terciário é utilizado quando a doença se torna sintomática e a assistência médica é procurada, o objetivo do clínico é fornecer uma prevenção de modo a limitar incapacidade em pacientes com sintomas precoces, ou de modo a reabilitar para pacientes com doença sintomática tardia.

As estratégias comunitárias são baseadas na prevenção primária dos fatores de risco e na promoção da saúde através da mobilização comunitária, estratégias de comunicação de massa, atividades interativas e intervenções que visam mudanças ambientais (RIBEIRO et al, 2012).

Em meio às ações comunitárias encontra-se a prática da educação em saúde que, segundo Colomé (2008), pode ser entendida como uma abordagem que, enquanto parte de um processo de educação, compõe-se tanto como espaço de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionadas aos modos como cada cultura entende o viver de maneira saudável, quanto como uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais.

A educação em saúde tem contribuído de forma significativa para a prevenção e controle de doenças nos últimos 20 anos, principalmente quando se relaciona com os custos para a saúde, os quais podem ser reduzidos por meio dessa estratégia. Sua proposta é fornecer conhecimento com a finalidade de estimular indivíduos para efetivar mudanças em seu comportamento (CHAVES et al, 2006).

As ações preventivas e terapêuticas incluem intervenções de baixa intensidade, com aconselhamentos quanto à realização de atividade física, dieta saudável, abandono do tabagismo e manutenção de peso e cintura nas faixas consideradas saudáveis (ANS, 2009).

Para Costa (2011), os hábitos de vida da sociedade moderna, caracterizados pelo elevado consumo de dietas desbalanceadas e reduzida prática de exercícios físicos, têm trazido diversas implicações para a saúde da população, com aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, DM, resistência insulínica (RI) e hipertensão arterial. Portanto, a adoção de um estilo de vida mais saudável, com a prática regular de atividades físicas e a ingestão de dieta adequada, é praticamente duas vezes mais efetiva que o tratamento farmacológico isolado.

Segundo Ferreira (2009), medidas de prevenção reduzem consideravelmente a morbimortalidade das doenças, por isso constituem prioridades para a saúde pública no mundo. A prevenção primária protege indivíduos suscetíveis de desenvolver algumas doenças e tem impacto significativo, pois reduzem e, às vezes, até retardam a necessidade de atenção à saúde e de tratamentos para possíveis complicações destas doenças.

Deste modo, a educação em saúde é considerada uma ação que possibilita o encontro entre saberes científicos e tecnológicos, é uma forma de beneficiar a vida e o respeito ao outro, além de viabilizar a prevenção de novas doenças e a prevalência de outras (BRASIL, 2007).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipologia e local do estudo

Trata-se de um Relato de Experiência baseado em atividades de extensão acadêmico-assistencial com enfoque na promoção e prevenção da saúde, principalmente no que diz respeito às Doenças Crônicas não Transmissíveis. Estas atividades foram realizadas no Labit no município de Campina Grande e cidades circunvizinhas no período compreendido entre março de 2010 e abril de 2012, tendo como coordenadora a professora Josefa Josete da Silva Santos do Departamento de Enfermagem da UEPB.

4.2 Amostra e critério de inclusão e exclusão

A amostra foi composta por usuários do Sistema Único de Saúde visitantes dos nossos estandes. Estiveram presentes nas ações mais de duas mil pessoas de todas as idades. A maior idade foi o critério de inclusão utilizado para a realização dos testes de glicemia e aferição da pressão arterial, com exceção para os de menor idade que possuíam grau de parentesco muito próximo daqueles com patologias instaladas.

4.3 Considerações éticas e legais

Foi resguardado a individualidade da pesquisa e o anonimato dos participantes que receberam atendimento em obediência aos aspectos éticos dispostos na Resolução 196/96 que leva em consideração os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos e atendendo ao que preconiza o art. 35 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE).
Número de cadastro do projeto: 06.46.012.11/02

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O Laboratório Itinerante, enquanto experiência de enfermagem se concretizou através de atividades educativas realizadas nas ações comunitárias tendo como finalidade a promoção e a prevenção da saúde de todos os participantes que visitaram os nossos estandes. Tomando como base a atenção primária e compreendendo que esta é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois tem como prioridade a promoção e a prevenção da saúde, percebo a relevância das atividades para estes participantes, pois as informações que são explanadas durante as ações trás para estes o conhecimento e a possibilidade de mudanças e para mim a experiência do contato direto, do valor da comunicação e da escuta.

O LABIT tem como foco principal a promoção da saúde e prevenção das doenças. As ações possibilitam para os acadêmicos a chance do contato direto, único e de extrema importância com o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Através destas, eu como futura profissional de saúde, pude falar um pouco sobre hábitos alimentares, características de uma dieta saudável, significado de uma dieta hipossódica e hipocalórica, os benefícios do exercício físico e a eficácia dos tratamentos quando seguidos corretamente. Durante as ações foi aferida a pressão arterial e realizado teste de glicemia dos participantes, para tais procedimentos foram utilizados um esfigmomanômetro de mercúrio, estetoscópio e glicosímetros.

A técnica utilizada para aferição da pressão arterial é iniciada pela explicação do procedimento no qual o paciente encontra-se sentado. Esta explicação tem a finalidade de criar um vínculo entre o acadêmico e o participante, além de possibilitar o descanso necessário que antecipa a aferição. Em seguida é retirado o relógio e os excessos de roupas do membro em que será colocado o manguito inflável.

Posiciona-se o braço do participante na altura do coração com a palma da mão voltada para cima, é feita palpação da arterial braquial, achado o ponto palpável posiciona-se o estetoscópio e insufla o manguito até ultrapassar 20 a 30 mmHg do nível estimado da pressão sistólica. É solicitado que o mesmo permaneça em silêncio até o fim do procedimento. A pressão é aferida apenas uma vez devido à demanda e impossibilidade de alguns participantes, como horários, transporte e atividades domésticas. Naqueles em que são encontrados alterações ou picos hipertensivos momentâneos pedimos para que permaneçam por mais tempo em nossos estandes e assim seja aferida novamente após 1 ou 2 minutos.

Para o teste da glicemia foram utilizados um glicosímetro, lancetas descartáveis, álcool a 70%, luvas de procedimento e algodão. Antes do procedimento o participante era questionado quanto à realização de refeições, pois estas influenciam no resultado do teste. Realiza-se a anti-sepsia do dedo e perfurava-se com a lanceta, depositava-se o sangue em fitas que são colocados no glicosímetro. Para melhor orientá-los foram utilizados como base segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), os valores de glicemia em jejum entre 70 e 99mg/ dl e após refeição < 140 mg/ dl.

Após a aferição da pressão arterial e feito teste de glicemia os participantes eram orientados quanto:

- A dieta: todos foram incentivados a adotar uma dieta rica em alimentos saudáveis (frutas, legumes e produtos com baixo teor de gordura e sódio) com todos os nutrientes necessários para uma boa refeição, porém, o público alvo nem sempre possui condições socioeconômicas suficientes, por esta razão, era feito um levantamento dos alimentos mais utilizados por ele e orientava-se quanto ao uso adequado destes. Quem fazia uso de adoçantes foi estimulado a continuar, em particular para aqueles que possuíam Diabetes mellitus.
- Exercício físico: a recomendação para exercício físico era feita a todos os participantes, reservando as exceções somente para aqueles com dificuldades de locomoção ou outra objeção médica. A atividade recomendada era a caminhada diária, já que para esta não há, em princípio, contra-indicação. Os participantes foram orientados a iniciarem a atividade em um horário de menor movimento do dia e com temperatura suportável, iniciando com 15 minutos e acrescentando 5 minutos por semana até estarem caminhando 60 minutos completos, no mínimo três vezes por semana. A rapidez da atividade física vai depender da limitação do próprio indivíduo, sendo sempre enfatizada a importância de não se cometer excessos, mantendo o ritmo sempre confortável. Foi discutido com cada um sobre os benefícios da atividade física praticada regularmente.
- Uso do álcool e do tabaco: O tabagismo era desestimulado em qualquer quantidade e/ou qualidade. Para os que já possuem a doença instalada foi elucidado o quão difícil se tornava o tratamento mediante o uso do álcool e do tabaco, pois o metabolismo age de maneira compensatória acelerando assim todo o seu funcionamento, além de

potencializar os fatores de risco para as doenças coronarianas. Orientava-se para a redução da ingestão alcoólica, porém, caso o fizesse que fosse de forma moderada.

- Exames de rotina: era exposta a importância de manter em dia os exames de rotina tais como: hemograma, glicose, colesterol, triglicérido, entre outros. Para isto orientava-se a procurar a equipe da estratégia de saúde da família (ESF) mais próxima das suas residências, visto que a própria enfermeira poderia solicitá-los.
- Tratamento medicamentoso: para os que o faziam era orientado quanto ao uso correto das medicações prescritas, pois estas deveriam ser administradas sempre no mesmo horário, proporcionando assim uma melhor eficácia.

Após a aferição da pressão arterial e do teste de glicemia foi constatado que mais de 70% das pessoas que frequentam os estandes não possui as patologias instaladas. Resultado considerado positivo, pois a finalidade do projeto é levar informações sobre a promoção e prevenção da saúde o que facilitou consideravelmente a função da equipe mediante os participantes.

Para finalizar o atendimento, além do diálogo estabelecido entre o acadêmico e o participante, foram distribuídos folders explicativos (Apêndices), produzidos pelos próprios acadêmicos, com figuras ilustrativas que facilitam o entendimento dos participantes não alfabetizados ou aqueles que possuem um mínimo de instrução. Estes folders possuem a finalidade de fixação das orientações, além da disseminação destas, pois, possivelmente, outras pessoas os verão.

As mudanças no estilo de vida, dos hábitos alimentares e o seguimento de todas as informações proporcionadas pelos acadêmicos durante as ações, trazem para os participantes uma melhor qualidade de vida e conseqüentemente uma maior longevidade. Conforme Pereira (2005), as práticas de ensino/aprendizagem devem ser desenvolvidas com a finalidade de debater e promover a tomada de decisão em relação a atitudes e práticas de saúde, através da reflexão crítica de todos os envolvidos.

Levando-se em conta todos esses fatores intimamente relacionados, é de fundamental importância à implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos e glicêmicos (BRASIL, 2006).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a sua criação o LABIT teve a filosofia de estimular a equipe multiprofissional em detrimento da pessoa, ignorando o individualismo e valorizando o futuro do profissional de saúde sem se preocupar em identificar a qual área ele pertence. Por isto, observou-se que as ações de saúde que visam beneficiar populações poderiam ter grande sucesso com espírito multidisciplinar, com as responsabilidades criteriosamente e naturalmente divididas.

Com este trabalho, tive a oportunidade de entrar em contato com a realidade das comunidades, suas dúvidas, conhecimentos e dificuldades relacionadas à saúde, buscando promover a qualidade de vida destas pessoas, desenvolvendo a consciência de sua responsabilidade sobre o processo saúde-doença e o cuidado com o próprio corpo.

Constatai a carência de informação e o grande interesse dos participantes pelos temas abordados, em especial do diabetes mellitus, pois muitos não entendem as diferenças dos valores glicêmicos que pode significar uma intolerância e não a patologia já instalada, tendo sido identificado através dos questionamentos.

Destaca-se a importância da realização deste trabalho fora do ambiente acadêmico que serve para ampliar a visão do discente, observando as facilidades e dificuldades encontradas nesses ambientes.

Destaco que durante o período em que participei do projeto passaram pelos nossos estandes mais de duas mil pessoas. Algumas leigas, outras um pouco mais esclarecidas, mas todas com a mesma expectativa de que ao sair de lá saberiam algo mais do que sabia antes, e a da equipe, por ter encontrado mais um disseminador de informações.

O sentimento de dever cumprido me deixa notoriamente feliz, pois é com muita responsabilidade e atenção que realizei todos os procedimentos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, TL. **Hipertensão arterial- um problema de saúde coletiva e individual**. In: Damasceno MMC, Araujo TL, Fernandes AFC. Transtornos vitais no fim do século XX: diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase. Fortaleza (CE): Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1999. p. 33-8.

ANS. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 3. Ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2009. 244 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica n.15**; Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica n. 16**; Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

CHAVES ES, LÚCIO IML et al. **Eficácia de programas de educação para adultos portadores de Hipertensão Arterial**. Rev Bras Enferm 2006; 59(4): 543-7.

COLOMÉ, JS, OLIVEIRA DLLC. **A educação em saúde na perspectiva de graduandos de Enfermagem**. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2008 set; 29(3): 347-53.

COSTA JA et al. **Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(3):2001-2009, 2011.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial- DBH VI. 2010. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Rev Bras Hipertens vol.17(1):7-10, 2010.

FERREIRA, CLRA, FERREIRA MG. **Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia.** Arq Bras Endocrinol Metab. 2009; 53/1.

ITO, E. E. et al. **O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade.** Rev Esc Enferm USP, São Paulo, 2006.

MACDONALD, G, ROBIN B. **Health promotion: discipline or disciplines? In: Bunton R., Macdonald G. Health promotion: disciplines and diversity.** London (UK): Routledge; 1995.

NEVES, MF, GISMOND, RAOC; OIGMAN, W. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** Rev Bras Med. 2009; Rio de Janeiro, p.41-50.

OLIVEIRA, DL. **A nova saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação.** Rev Latino-am Enfermagem, 2005 maio-junho; 13(3): 423-31.

PEREIRA, A. L. Educação em saúde. In: FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública.** São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2005. cap.3, p.25-46.

PETRIBU, MMV; CABRAL, P.C et al. **Estado nutricional, consumo alimentar e risco cardiovascular: um estudo em universitários.** Rev. Nutr. vol.22, n.6, p. 837-846. 2009.

RIBEIRO, AG et al. **A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças .** CardiovascularesCiência & Saúde Coletiva, 17(1):7-17, 2012.

SANTOS, ZMSA et al. **Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial - uma tecnologia educativa em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(11): 4385-4394, 2011.

SILVA, DB, SOUZA TA, SANTOS TM et al. **Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família.** RBPS, Fortaleza, 24(1): 16-23, jan./mar. 2011.

WHELTON, P. K. et al. **Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Education Program.** *Jama*, v. 288, n. 15, p. 1882-1888, 2002.

World Health Organization. **The Ottawa Charter for Health Promotion.** WHO; 1986.

Disponível em :<http://www.inf.furb.br/sias/saude/Textos/Prevencao.htm>, acesso em 25 de maio de 2012.

APÊNDICES

FOLDERS EXPLICATIVOS: HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELITTUS

Como Tratar a Hipertensão



Não fique parado, caminhe mais. Evite o sobrepeso.





Diminua o sal da comida e tenha uma alimentação saudável.





Tente levar os problemas do dia-a-dia de uma maneira mais tranquila.





Não Fume e diminua ou abandone o consumo de bebidas alcoólicas



Dicas para uma boa alimentação:

- Coma em horários bem definidos.
- Evite preocupações durante as refeições.
- Baba líquido na medida e nas horas certas.
- Monte o prato com alimentos de cores diferentes.

Hábitos alimentares para garantir uma boa saúde:

- Lave bem as mãos com água e sabão antes das refeições e antes de manusear os alimentos.
- Lave as frutas e legumes em água corrente, limpa e tratada.
- Cozinhe bem os alimentos. Ferva o leite antes de consumi-lo.
- Não consuma ovos crus e não os utilize com a casca rachada.
- Não deixe alimentos prontos em cima do fogão, do forno ou sobre a pia por mais de 30 minutos.
- Nunca utilize produtos vencidos.
- Mantenha os alimentos fora do alcance de moscas, insetos e animais.
- Não deixe o lixo exposto ou aberto na área de preparação dos alimentos.

Fonte: Alimentação inteligente - Sesi Cozinha Brasil

Folder produzido pelas disciplinas de enfermagem, participantes do projeto: Influência dos hábitos alimentares na prevenção e/ou terapêutica da doenças crônicas.

Coordenadora do Projeto: Prof. Ms. Jaqueline Santos da F. A. Cama
Coordenadora do Laboratório: Prof. Josefa Josele da Silva Santos





Universidade
ESTADUAL DA PARAÍBA



LABIT

ENFERMAGEM



**HIPERTENSÃO
E
HÁBITOS
ALIMENTARES**
O que você
precisa saber

Apoio:

Diabetes

Principais Suspeitas

A doença se manifesta pelo aparecimento vários sinais e sintomas, isolados ou ao mesmo tempo.



Fome e sede intensa.



Cansaço e desânimo, familiares com Diabetes.



Urinar muitas vezes e em grande quantidade. Piora da visão.



Obesidade, impotência sexual.



Pressão alta, perda de peso, cicatrizações difíceis e Infecções na pele.



Dicas para uma boa alimentação:

- Coma em horários bem definidos.
- Evite preocupações durante as refeições.
- Beba líquido na medida e nas horas certas.
- Monte o prato com alimentos de cores diferentes.

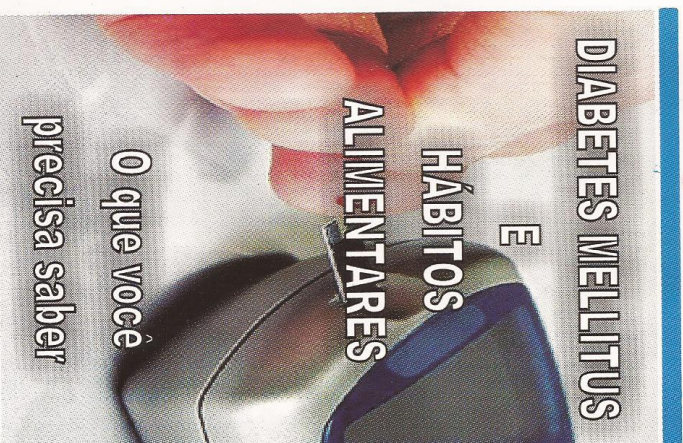
Hábitos alimentares para garantir uma boa saúde:

- Lave bem as mãos com água e sabão antes das refeições e antes de manusear os alimentos.
- Lave as frutas e legumes em água corrente, limpa e tratada.
- Cozinhe bem os alimentos. Ferva o leite antes de consumi-lo.
- Não consuma ovos crus e não os utilize com a casca trachada.
- Não deixe alimentos prontos em cima do fogão, do forno ou sobre a pia por mais de 30 minutos.
- Nunca utilize produtos vencidos.
- Mantenha os alimentos fora do alcance de moscas, insetos e animais.
- Não deixe o lixo exposto ou aberto na área de preparação dos alimentos.

Fonte: Alimentação inteligente - Sesi Cozinha Brasil

Foi desenvolvido pelas discentes de enfermagem, participantes do projeto: Influência dos hábitos alimentares na profilaxia e/ou terapêutica da doença crônicas.

Coordenadora do Projeto: Prof. Ms. Jacqueline Santos da F. A. Carra
Coordenadora do Laboratório: Prof. Josefa Josele da Silva Santos



Apoio:

