



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**LUIZ AUGUSTO OLIVEIRA DE ANDRADE**

**ATIVIDADES EDUCATIVAS EM SAÚDE NO PRÉ-HOSPITALAR: UMA  
ABORDAGEM DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**LUIZ AUGUSTO OLIVEIRA DE ANDRADE**

**ATIVIDADES EDUCATIVAS EM SAÚDE NO PRÉ-HOSPITALAR: UMA  
ABORDAGEM DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora:** Odisséia Fátima Perão

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **ATIVIDADES EDUCATIVAS EM SAÚDE NO PRÉ-HOSPITALAR: UMA ABORDAGEM DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)** de autoria do aluno **LUIZ AUGUSTO OLIVEIRA DE ANDRADE** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

---

Profa. Dda. Odisséia Fátima Perão  
Orientadora da Monografia

---

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes  
Coordenadora do Curso

---

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## AGRADECIMENTOS

Nenhuma obra é construída apenas pelo seu autor, logo somos grato a:

Deus, por nos permitir, a cada dia, ser aliado da vida, com objetivo primordial de defendê-la como profissionais de saúde.

A minha família e companheiros de profissão participantes, pelo apoio, incentivo e compreensão.

A Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em consonância com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e Ministério da Saúde, pela iniciativa e a disponibilidade deste curso, o qual contribui para engrandecer nossos conhecimentos e construir uma prática profissional diferenciada.

A orientadora deste trabalho, professora e doutoranda Odisséia Fátima Perão, que, através de seus ensinamentos, contribuiu direta ou indiretamente, para o aprendizado e o aperfeiçoamento das técnicas e das informações contidas neste.

Aos coordenadores e tutores do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência, que se empenharam, acreditaram e confiaram em nós, profissionais de enfermagem, e em nosso trabalho desenvolvido.

Finalmente, desejamos expressar o nosso mais profundo e respeitoso agradecimento aos nossos pacientes e usuários do sistema de saúde, com os quais aprendemos a cada consulta e abordagem, seja no diálogo teórico ou através da prática profissional.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>02</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>04</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>09</b>
<b>4 ANÁLISE.....</b>	<b>11</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>14</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>16</b>
<b>7 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>17</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Doenças Crônicas não transmissíveis. ....	<b>04</b>
------------------------------------------------------------	-----------

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Folder (frente e verso).....	<b>11</b>
<b>Figura 2.</b> Folder (parte interna).....	<b>12</b>

## RESUMO

ANDRADE, L. A. O. **Atividades Educativas em Saúde no Pré-hospitalar: uma abordagem do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)**. 2014. 24 páginas. Monografia. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2014.

Orientadora: Profa. Dda. Odisséia Fátima Perão

As doenças cardiovasculares são doenças crônicas não transmissíveis que constituem patologias que vêm aumentando consideravelmente no Brasil e no mundo. Tem dentre os fatores de risco, o progressivo envelhecimento da população e os hábitos de vida não saudáveis, como o tabagismo, sedentarismo e alimentação irregular. A hipertensão arterial (HAS) e o diabetes mellitus (DM) contribuem para o agravamento deste cenário. Quando diagnosticadas precocemente, essas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações; logo, investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos. Diante deste cenário o presente trabalho foi realizado por seis enfermeiros que fazem parte do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), utilizando como método, a orientação clínica e entrega de folders elucidativos/educativos, o qual constitui um guia focado em usuários acometidos de HAS e/ou DM, com objetivo em esclarecer de forma clara sobre a definição da doença, fatores de risco e hábitos de vida saudáveis, atuando insistentemente na promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, visando reduzir a morbi-mortalidade e contribuindo para um aumento na expectativa e qualidade de vida. Como resultado, foi possível, de forma geral atender aos objetivos sugeridos por esse trabalho, porém não por completo, por se tratar de uma ação contínua, embora em posteriores consultas e avaliações a esses mesmos pacientes, os objetivos se concluem, já que será possível avaliar se os usuários estão seguindo as orientações passadas pelos enfermeiros.

## 1 INTRODUÇÃO

O cenário de envelhecimento populacional brasileiro ocorre associado a uma intensa desigualdade sócio econômica, que produz riscos diversos à saúde, onde grande parte da morbimortalidade se concentra em doenças crônico-degenerativas.

As doenças crônicas compõem um conjunto de condições debilitantes para a saúde do indivíduo, as quais estão relacionadas a causas múltiplas sendo caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades e ônus para a família e ao sistema de saúde. Requerem intervenções com tecnologias leves, leve-duras e duras, ou seja, desde mudança no estilo de vida e medicações a abordagens e tratamentos complexos, requerendo níveis maiores de complexidade, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura. (BRASIL, 2013a)

Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas, sendo responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas, ou seja, gera incapacidades físicas, psico e biológicas, envolvendo perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava.

Os determinantes sociais também impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As desigualdades sociais, baixo nível socioeconômico, diferenças no acesso aos bens e a os serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças. (BRASIL, 2013a).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003), essas doenças constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 60% de todo o gasto financeiro decorrente de doenças no mundo. No ano de 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Atualmente, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20%.

Diante do exposto, a Portaria nº 1863/2003, aborda sobre o atendimento pré-hospitalar móvel na área de urgência, enfatizando um atendimento que procura chegar precocemente à vítima, intervindo após ter ocorrido um agravo à sua saúde e integridade física, seja ela de natureza clínica, cirúrgica, traumática ou psiquiátrica, onde possa ocasionar sofrimento, seqüela



ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente referenciado, hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

A equipe multiprofissional de saúde que faz parte da porta de entrada no sistema, seja na Estratégia de Saúde da Família ou no atendimento pré-hospitalar do Serviço de atendimento Móvel de Urgência (SAMU), deve atuar insistentemente na resolutividade dos problemas dos usuários, buscando a conscientização e orientação quanto ao estilo de vida saudável, evidenciando os riscos inerentes na ausência deste, porém respeitando sua autonomia, espaço e privacidade, mas com o objetivo primordial em reduzir a morbidade e mortalidade, contribuindo para um aumento na expectativa e qualidade de vida.

Baseado nessas evidências acima, e em decorrência dos atendimentos a casos clínicos agudos e crônicos, especificamente a pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), realizados pela equipe de enfermeiros do SAMU da cidade de Bayeux, PB, o presente trabalho surge diante da necessidade de atuar na promoção da saúde e prevenção de riscos clínicos e agravos relacionados às referidas doenças de base e comorbidades apresentadas pelos clientes que são atendidos por este serviço. Com o intuito de impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas, sensibilizando a população frente as estratégias para o cuidado com as doenças crônicas não transmissíveis, mediante ação educativa realizada no atendimento a esses clientes, foram distribuídos folders elucidativos, com orientações em linguagem clara e esplanada sobre uma abordagem visando à promoção de saúde e prevenção de doenças.

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivos:

**Geral:**

- Transmitir orientações que visam contribuir para a promoção da saúde à população atendida e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e/ou suas complicações.

**Específicos:**

- Descrever os fatores de risco para HAS e DM, assim como suas possíveis complicações;
- Orientações sobre hábitos de vida saudáveis, como mudança no estilo de vida, dieta equilibrada (alimentação adequada) e atividades físicas rotineiras;

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo a Portaria n.º 1863/ 2003, a qual aborda sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências e sua implantação em todas as unidades federadas, há necessidade contínua de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, seja de qualquer complexidade ou gravidade (clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, pediátricas, psiquiátricas e por causas externas como o trauma, por exemplo), desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente pelos prontos-socorros. Tais objetivos são embasados pelos princípios da universalidade, equidade e a integralidade, buscando desenvolver estratégias promocionais da qualidade e proteção da vida e saúde, capazes de prevenir agravos, educar para a defesa da saúde, recuperar e reabilitar a saúde de indivíduos e coletividades protegendo e desenvolvendo a autonomia destes.

A Portaria n.º 1864/2003 institui o componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU-192, suas Centrais de Regulação (Central SAMU-192) e outras providências, onde dentro deste contexto surge a Portaria n.º 2048/GM em 5 de novembro de 2002, que enfatiza sobre o regulamento técnico dos sistemas da área de urgência e emergência, baseado no crescimento da demanda por serviços nesta área, devido ao aumento do número de urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, pediátricas, psiquiátricas, acidentes, violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência disponibilizados para o atendimento da população.

É certo dizer que estas urgências tem forte impacto sobre o SUS e conseqüentemente ao conjunto da sociedade. Na assistência, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI e a alta taxa de permanência hospitalar deste perfil de pacientes. Na questão social, pode ser verificado pelo aumento no índice APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto que por causas naturais este dado encontra-se em queda. (PORTARIA n.º 2048/2002).

Diante do exposto, o atendimento pré-hospitalar móvel na área de urgência (SAMU), visa contribuir para o atendimento precoce a este usuário, após ter ocorrido um agravo a sua saúde, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e

integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O atendimento no local é monitorado via rádio pelo médico regulador que orienta a equipe de intervenção quanto aos procedimentos necessários à condução do caso, seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios.

Conforme o Ministério da Saúde (2008), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas como epidemia na atualidade e fazem parte de um conjunto de doenças que têm fatores de risco em comum e, portanto, podem contar com uma abordagem afim para sua prevenção. Este grupo de doenças constitui sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos, considerados desenvolvidos, quanto nos de média e baixa renda, os subdesenvolvidos ou de 2º mundo.

Corroborando com esses dados, a Organização Mundial da Saúde (OMS 2003) afirma que as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão alarmante que, no ano 2020, 80% a carga de doença dos países em desenvolvimento devem surgir de problemas crônicos, constituindo dessa forma um problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes.

As doenças crônicas são definidas como as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas, a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Considera-se que todas elas requerem contínua atenção e esforços de um grande conjunto de equipamentos de políticas públicas e das pessoas em geral. (OMS, 2003).

#### Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

- Levam décadas para estar completamente instaladas na vida de uma pessoa e têm origem em idades jovens;
- Sua emergência é em muito influenciada pelas condições de vida, não sendo resultado unicamente de escolhas individuais;
- Dispõe de várias opções de prevenção devido sua longa duração;
- Requerem um tempo longo e uma abordagem sistemática para o tratamento;

Ministério da Saúde (2008) Brasil (e)

No rol destas doenças, o diabetes mellitus (DM) desenvolve-se através de um transtorno metabólico de etiologias diferentes, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo

de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. (BRASIL, 2013b).

Dados da OMS (2003), estima que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente.

De acordo com Medeiros e cols. (2012), dentre os fatores de risco para o surgimento do DM tipo 2 destacam-se os não-modificáveis, tais como, antecedentes familiares e o aumento na expectativa de vida da população, e os modificáveis, como, tabagismo, o consumo de dietas hipercalóricas (dislipidemias), o sobrepeso, o sedentarismo, cardiopatias, HAS, glicemia de jejum alterada e as mudanças socioculturais introduzidas pela industrialização.

Como fatores de risco para o DM tipo 1, Sesterheim e cols. (2007), afirmam que decorre de uma complexa interação entre resposta imunológica e fatores genéticos. Como outros fatores não genéticos podemos incluir a influência do meio ambiente na destruição das células-beta produtoras de insulina, tais como: administração de vacinas, estresse emocional, influências climáticas, sazonalidade, agentes sanitários e acesso a cuidados de saúde.

O DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise. (BRASIL, 2013b).

Outra patologia de importante relevância é a HAS, a qual é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial ( $PA \geq 140 \times 90$  mmHg). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. (BRASIL, 2013c).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, onde dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2010, enfatizam sua prevalência no Brasil variando entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos, ou seja, configura-se seu aumento de acordo com a idade.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) aborda sobre os fatores de risco potenciais, modificáveis e não-modificáveis, para desenvolvimento de HAS:

- **Idade** (existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos);
- **Gênero e etnia** (a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos. Em relação à cor, a doença é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca);
- **Excesso de peso e obesidade** (índice de massa corporal e a obesidade central acarreta maior risco de desenvolver hipertensão);
- **Sedentarismo** (atividade física reduz o risco de HAS em usuários pré-hipertensos e doenças cardiovasculares);
- **Ingestão de sal em excesso e de álcool por tempo prolongado;**
- **Fatores socioeconômicos** (mais prevalentes em indivíduos de menor nível de escolaridade);
- **Genética;**

Nas doenças crônicas, o sucesso do tratamento depende fortemente da participação e do envolvimento do usuário enquanto sujeito ativo e autônomo frente a seu tratamento. Uma atitude de autocuidado seguida de orientação com o intuito a estilos e práticas de vida mais saudáveis, assim como a adesão ao tratamento, não depende apenas de uma prescrição profissional, mas de uma conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e possíveis complicações, e a relação dela com suas práticas de vida diária.

A possibilidade de associação das duas doenças é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente. A HAS e DM apresentam características em comum: etiopatogenia, fatores de risco, obesidade, dislipidemia, sedentarismo, hábitos alimentares, cronicidade, complicações crônicas, necessidade de acompanhamento multidisciplinar, ser facilmente diagnosticada na população, entre outras. (BRASIL, 2001).

Devido aos alarmantes índices de associação das duas doenças, há consenso sobre a importância da adoção de estratégias de atenção integral, cada vez mais precoces ao longo do ciclo de vida, focadas na prevenção do seu aparecimento e suas complicações. Estão bem estabelecidas as ações de saúde que devem ser implementadas para um efetivo controle dos

fatores de risco visando à prevenção da doença e de seus agravos. O principal desafio é traduzir em ações concretas de cuidado integral a indivíduos e comunidades o conhecimento científico e os avanços tecnológicos hoje disponíveis e colocá-los no âmbito populacional ao alcance de um maior número possível de indivíduos, seja na atenção primária, secundária ou terciária. (BRASIL, 2006).

Fundamentado na associação das duas patologias, o tratamento de DM e HAS parte inicialmente da prevenção primária dos fatores de risco modificáveis, através de estratégias, como a orientação, educação em saúde e modificações dos hábitos de vida. O tratamento concomitante de outros fatores de risco cardiovascular é essencial para a redução da mortalidade. O paciente deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida (manutenção de peso adequado, prática regular de atividade física, suspensão do hábito de fumar, baixo consumo de gorduras saturadas e de bebidas alcoólicas). (BRASIL, 2001).

### 3. MÉTODO

Este trabalho utilizou-se de um método educativo voltado a partir de tecnologia educativa e assistencial, intermediando dispositivos destinados ao processo de cuidar, aplicadas por profissionais enfermeiros com os clientes-usuários dos sistemas de saúde, especificamente aqueles da atenção primária.

O presente estudo e campo de atuação das atividades foram desenvolvidos por seis enfermeiros plantonistas que fazem parte do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), vinculado a central de regulação de João Pessoa, PB, porém atuando na cidade de Bayeux, PB, uma das bases descentralizadas na região metropolitana da capital paraibana.

Como casos clínicos agudos e crônicos fazem parte do perfil de atendimento do SAMU, o público-alvo teve como foco aqueles usuários do sistema e portadores de HAS, e/ou DM tipo 1 ou 2, sejam crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes.

Foram elaborados folders elucidativos destinados ao público em questão, em linguagem e ilustrações claras e concisas destinada ao perfil dos clientes, cujo referencial teórico foi baseado em manuais do Ministério da Saúde. Os folders contém informações sobre a definição da doença, fatores de risco e atividades de vida saudáveis assim como mudança no estilo de vida, tais como, práticas de exercícios físicos, dieta saudável e balanceada, abandono do tabagismo, uso moderado de álcool, uso contínuo e regular de medicação e visitas e acompanhamento regular a equipe multiprofissional do serviço de atenção básica local.

Como etapa inicial buscou-se fundamentar teoricamente o que iria compor o material, sendo fundamentado em referencial supracitado, seguindo de sua construção no programa *Microsoft Publisher 2010*, e posterior confecção em gráfica de 400 unidades de folders elucidativos, sendo os mesmos distribuídos a partir do mês de Fevereiro do corrente ano no momento da consulta de enfermagem e abordagem do atendimento a esses usuários, sendo os mesmos orientados sobre a conduta e o que continha o material, respeitando sua autonomia e protagonismo como sujeito em seu ambiente biológico, psicossocial, cultural e espiritual, onde este tinha total liberdade de conceder ou não ao objeto educacional utilizado.

A tecnologia utilizada foi subsidiada pela bioética, ou seja, pela ciência da vida, buscando construir uma ponte entre o conhecimento científico e conhecimento humanístico a fim de evitar os impactos negativos que a tecnologia pode ter sobre a vida (afinal, nem tudo o que é cientificamente possível é eticamente aceitável).

Para seguir um caminho correto diante dos diversos dilemas éticos que podemos encontrar na nossa atividade profissional, precisamos de uma “base sólida”, de um fundamento, que nos oriente nos momentos de decisão, e esse embasamento é a pessoa humana. (JUNQUEIRA, 2011).

Corroborando com isso, Junqueira (2011), fundamenta que o respeito ao ser humano deve ser orientado por princípios. O primeiro princípio a ser considerado na nossa prática profissional é o de beneficência (“fazer o bem”) e não maleficência (“evitar o mal”), ou seja, sempre que o profissional propuser um tratamento a um paciente, ele deverá reconhecer a dignidade do paciente e considerá-lo em sua totalidade, e oferecer a melhor terapêutica. Como segundo princípio, na autonomia, as pessoas têm “liberdade de decisão” sobre sua vida, pois aborda a capacidade de autodeterminação de uma pessoa, ou seja, o quanto ela pode gerenciar sua própria vontade, livre da influência de outras pessoas, porém sendo orientada e informada por parte do profissional, sendo importante a compreensão por parte do paciente. O terceiro e último princípio a ser considerado é o princípio de justiça, que se assemelha ao de equidade, o qual representa dar a cada pessoa o que lhe é devido segundo suas necessidades, ou seja, incorpora-se a ideia de que as pessoas são diferentes e que, portanto, também são diferentes as suas necessidades, sendo respeitado com imparcialidade o direito de cada um.



#### 4 ANÁLISE

De acordo com Teixeira (2010), a tecnologia pode ser entendida como o resultado de processos concretizados a partir da experiência utilizada no dia a dia, ou seja, no ensino e na pesquisa, com objetivo de desenvolver um conjunto de conhecimentos científicos para a construção de produtos materiais, ou não, com o intuito de provocar intervenções sobre uma determinada situação prática. Vale salientar que todo esse processo deve ser avaliado e controlado sistematicamente.

Tourinho e cols. (2012) acreditam que há espaço para utilizar tecnologias educativas em associação ao cuidar ético/humanizado em saúde, desde que utilizada com qualidade, eficácia, efetividade e segurança no cuidado, ou seja, quando utilizada de maneira adequada cria condições que contribuem para um viver saudável entre os indivíduos que na sociedade são produtos e produtores.

Nós, profissionais de enfermagem, devemos estar responsáveis em duas grandes bases de atuação, unificando a tecnologia do cuidado como expressão do saber fazer e o valor da vida como sustentação moral e ética do trabalho, ambas sendo sustentadas na formação profissional, produção científica e filosófica e estratégias políticas. (Tourinho e cols. 2012).

Baseado nos autores supracitados, o presente trabalho foi elaborado a partir de ações de distribuição de material educativo (elucidativo) em saúde. A partir dessa tecnologia educacional, buscou-se desenvolver no indivíduo e no grupo alvo, a capacidade de analisar criticamente a sua realidade, de decidir ações conjuntas para resolver seus problemas e modificar situações, a fim de organizar e realizar a ação, e de avaliá-la com espírito e raciocínio crítico.

Muitas vezes, seja na teoria ou na prática, a educação em saúde tem sido considerada apenas e especificamente como instrumento de divulgação, sem a devida preocupação em saber se o receptor delas está adquirindo as informações. Nesse trabalho fomos além da simples divulgação, houve a transmissão de conhecimentos e informações, explicitando sobre as patologias de forma clara e linguagem acessível, de forma verbal e escrita, se aproximando da realidade de vida do indivíduo e população, buscando impactar positivamente seu estilo de vida.

Como recurso tecnológico e material educativo, utilizamos folders explicativos abordando de forma resumida sobre a definição, fatores de risco da HAS e DM, focando principalmente nas mudanças de estilo de vida, através de dieta saudável, abandono do tabagismo e exercícios físicos. Buscou-se também abordar sobre o perfil de atendimento do SAMU.

Folder (frente e verso)

**IMPORTANTE!!****VOCÊ PODE TER UMA VIDA MAIS SAUDÁVEL, QUE TAL:**

- Distribuir os alimentos em 5 ou 6 refeições por dia, sem pular nenhuma delas;
- Usar diariamente alimentos ricos em fibras como vegetais crus, frutas, aveia, feijão e alimentos integrais;
- Preparar os alimentos assados, cozidos ou grelhados, evitando frituras;
- Mastigar bem os alimentos, saboreando sua refeição;
- Usar produtos dietéticos com cuidado e orientação do profissional nutricionista;
- Ler com atenção os rótulos industrializados, verificando se contem açúcar (sacarose, glicose de milho, glicose, xarope de glicose ou açúcar mascavo);
- Beber bastante água durante o dia (8 a 12 copos, nos intervalos entre as refeições);
- Procurar atingir e manter o peso adequado;
- Praticar atividade física regularmente, com orientação profissional;
- Controlar a quantidade de sal e preferir alimentos naturais, como frutas, legumes e verduras;
- Evitar o tabagismo (abandone o cigarro);

Mantenha uma atitude positiva perante a vida, controle a pressa e priorize mais o seu "ser" que o seu "fazer".



Quando devo chamar o SAMU? **192**

<b>Dores no peito de aparecimento súbito</b>	<b>Crises convulsivas (ataque, convulsão)</b>
<b>Situações de intoxicação ou envenenamento</b>	<b>Acidentes de trânsito com atropelamento</b>
<b>Queimaduras graves</b>	<b>Traumas (tórax, abdômen, crânio e fraturas)</b>
<b>Trabalhos de parto com risco de morte da mãe ou do feto</b>	<b>Perda de consciência (desmaio)</b>
<b>Queda acidental</b>	<b>Sangramentos hemorragias</b>

**Organização**

Luíz Augusto Oliveira de Andrade  
Enfermeiro Emergencista SAMU-192  
Base descentralizada de Bayeux, PB

**Orientadora**

Odisséia Fátima Perão

**Bibliografia**

Imagens: [www.google.com.br/imagens](http://www.google.com.br/imagens)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a alimentação saudável.** Brasília-DF, 2005.

\_\_\_\_. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n. 36. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Brasília-DF, 2013.

\_\_\_\_. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n. 37. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília-DF, 2013.



Quem liga pra vida, liga  
**SAMU 192**

**Hipertensos e Diabéticos, o SAMU também cuida de vocês!**

Guia de orientações sobre hábitos de vida saudáveis



**BASE DESCENTRALIZADA DE BAYEUX-PB**

## Você tem Diabetes?



**Fique ligado !**

dia mundial da diabetes  
14 de novembro

A Diabetes é uma doença metabólica em que o pâncreas não produz insulina em quantidade suficiente, ou o organismo não utiliza de forma adequada, sendo assim, resulta em aumento anormal de açúcar ou glicose no sangue.

### Você sabe os fatores de risco para a Diabetes?

- Idade maior ou igual a 45 anos;
- História familiar de Diabetes (pais, filhos, irmãos);
- Colesterol bom baixo e triglicérides elevado;
- Ter pressão alta e ser fumante;

### Saiba os sintomas da Diabetes:



### Se você é diabético evite comer esses alimentos:

→ Açúcar refinado, mascavo ou light, mel, rapadura, caldo de cana, balas, bolos, chocolates, refrigerantes, sorvetes e picolés, bebidas alcoólicas, biscoitos e pães doces, leite condensado e doces em geral;

### Você também pode consumir à vontade:

→ Alface, acelga, agrião, repolho, rúcula, espinafre, pimentão, pepino, tomate, entre outras verduras e legumes.

Dê preferências aos temperos naturais: alho, limão, cebolinha, coentro, salsa, hortelã e orégano, evitando o excesso de sal.

## Cuide da sua saúde HIPERTENSÃO

⇒ **Atenção !**

26 DE ABRIL  
DIA NACIONAL DE PREVENÇÃO  
E COMBATE A HIPERTENSÃO ARTERIAL



A pressão alta é uma doença crônica e dura a vida toda, não tem cura, há apenas o seu controle, logo as pessoas com hipertensão não-controlada correm três vezes mais risco de desenvolver um ataque cardíaco, seis vezes mais de ter uma insuficiência cardíaca congestiva e sete vezes mais de ter um derrame cerebral, do que as pessoas com uma pressão normal.

### Passos para o controle da Pressão Alta:

- A única maneira de saber se tem pressão alta é verificá-la periodicamente. O ideal é a cada seis ou com intervalo máximo de 1 ano;
- Procure alcançar seu peso ideal;
- Abandone o tabagismo;
- Pratique atividade física regularmente e acompanhado de profissional habilitado;
- Diminua o consumo de bebidas alcoólicas;
- Siga sempre uma dieta com pouco sal, gordura e açúcar;
- Use os medicamentos nas doses e horários recomendados pelo médico;
- Não deixe de tomar os medicamentos mesmo que a pressão esteja controlada;
- Não interrompa o tratamento por conta própria, ou não o troque por outro sem a prescrição do médico;
- A pressão alta não tratada também interfere na sexualidade podendo causar impotência;
- Qualquer dúvida ou intercorrência procure a equipe do posto de saúde da sua área;

## Você tem Pressão Alta?

A Hipertensão Arterial, ou "pressão alta", é a elevação da pressão arterial para valores acima dos valores considerados normais (130/85). Esta elevação anormal pode causar lesões em diferentes órgãos do corpo humano, tais como cérebro (derrame), coração (infarto), rins e olhos, ou seja, com conseqüente aumento do risco de eventos fatais e não-fatais.



## 5. RESULTADOS

O resultado deste estudo vem apontando e confirmando o que referencia a literatura, onde através dos atendimentos realizados foi possível verificar uma elevada prevalência de hipertensos e diabéticos entre os adultos, assim como aqueles com hábitos de vida irregulares. Foi nítida a heterogeneidade dos pacientes abordados nas consultas de enfermagem, pois, além de serem de variados estratos socioeconômicos, verificou-se as diferentes faixas etárias, sexo, associação entre as duas doenças e o baixo nível de escolaridade e conhecimento quanto a doenças, este último contribuindo de maneira considerável para o agravamento das doenças crônicas.

O desenvolvimento de ações educativas tem como ponto de partida a disseminação do conhecimento científico acerca da doença e as possibilidades para sua prevenção.

Corroborando com esse conceito, o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2003) afirma que essas ações educativas dividem-se em pontuais, quando são divulgadas através de campanhas de conscientização, congressos, seminários, e a divulgação de informações pela mídia, e ações contínuas, quando se configuram em transformar essas informações disseminadas, através de mudanças de atitudes e de comportamento favoráveis a uma vida mais saudável, contribuindo para o aumento da expectativa de vida com qualidade.

A distribuição do material teve início no mês de Fevereiro do corrente ano, sendo confeccionadas 400 unidades para serem utilizados em posteriores 400 consultas de enfermagem ao perfil dos pacientes hipertensos e diabéticos, porém sem data prevista para conclusão, sendo assim o trabalho será finalizado ao término da distribuição dos folders, configurando dessa forma uma ação contínua, sendo possível realizar uma disseminação e fluxo contínuo de informações sobre HAS e DM e seus riscos para todos que convivem com ela, a fim de impactar positivamente em mudanças de comportamento dos grupos que fazem parte desse perfil.

Essa ação de atendimento com posterior divulgação do material educativo em saúde, não tem resultados imediatos, porém em consultas subseqüentes iremos avaliar os resultados dessas ações, ou seja, em futuros atendimentos aos usuários que foram abordados nas consultas passadas será possível avaliar se o objetivo geral proposto foi atingido, assim como as informações sobre mudanças no estilo de vida e hábitos saudáveis, foram satisfatórias ou não.

Através da tecnologia educativa utilizada – orientações e entrega de folders no momento da consulta de enfermagem por parte dos seis profissionais enfermeiros do serviço – foi possível, de forma geral atender aos objetivos sugeridos por esse trabalho, porém não por completo,

embora em posteriores consultas e avaliações a esses mesmos pacientes, os objetivos se concluem, pois será possível avaliar se os usuários estão seguindo as orientações passadas pelos enfermeiros.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A grande contribuição deste estudo foi o fato de impactar positivamente na prevenção de doenças e na promoção de saúde, objetivando reduzir a morbi-mortalidade, os gastos com internações e tratamentos e assim colaborar para o aumento na expectativa de vida de pacientes acometidos por doenças crônico-degenerativas. Logo, podemos concluir que de acordo com os objetivos propostos e através das consultas e abordagens de enfermagem realizadas aos indivíduos alvo, nosso trabalho atingiu êxito quanto ao seu fundamento.

A prestação de cuidados aos pacientes em questão, requer do enfermeiro multiplicidade de conhecimento e versatilidade na atuação, porém tais necessidades remetem a uma possibilidade peculiar de crescimento e amadurecimento profissional, que tornam o longo caminho a ser percorrido, tanto pelo paciente quanto pelo enfermeiro – um instigante desafio a ser percorrido.

Uma opção a ser seguida é o acompanhamento destes usuários por uma equipe multiprofissional, uma modalidade de tratamento coletivo que se configura na relação de reciprocidade entre as intervenções técnicas e interação entre os agentes profissionais, onde além de médicos e enfermeiros, é composta por outros profissionais da área da saúde igualmente empenhados, que fazem a diferença no dia-a-dia dos pacientes. O atendimento é personalizado, sendo que cada paciente conta com um plano terapêutico individual, o qual é reavaliado em reuniões do corpo clínico, buscando um plano de ações estratégicas para o enfrentamento de suas doenças de base, dentro do contexto bio-psico-sócio-espiritual.

## 7. REFERÊNCIAS

\_\_\_\_Brasil (a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília-DF, 2013a.

\_\_\_\_Brasil (b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n. 36. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Brasília-DF, 2013b.

\_\_\_\_Brasil (c). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n. 37. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília-DF, 2013c.

\_\_\_\_Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência,** Brasília-DF, 2008.

\_\_\_\_Brasil. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Ministério da Saúde. Diretoria de Prevenção e Vigilância. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer.** 2<sup>a</sup> ed. Brasília-DF, 2003.

\_\_\_\_Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus.** Brasília-DF, 2001.

\_\_\_\_Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica.** Cadernos de Atenção Básica - n.º 14. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2006.

JUNQUEIRA, C. R. **Bioética: conceito, fundamentação e princípios.** Especialização em Saúde da Família. Modalidade a Distância. Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão. Universidade Aberta do SUS. São Paulo, 2011.

MEDEIROS, C. C. M. BESSA, G. G. COURA, A. S. FRANÇA, I. S. X. SOUSA, F. S. **Prevalência dos fatores de risco para diabetes mellitus de servidores públicos.** Revista Eletrônica de Enfermagem. 2012 julho/setembro; 14(3):559-69.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Relatório mundial. OMS, Brasília, 2003.

\_\_\_\_ Portaria nº 1863/2003. **Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.** Brasília-DF, 2003.

\_\_\_\_ Portaria nº 1864/2003. **Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192.** Brasília-DF, 2003.

\_\_\_\_ Portaria n.º 2048/ 2002. **Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.** Brasília, 2002.

SESTERHEIM, P. SAITOVITCH, D. STAUB, H. L. **Diabetes mellitus tipo 1: multifatores que conferem suscetibilidade à patogénia auto-imune.** *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 212-217, out./dez. 2007.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

TEIXEIRA, E. **Tecnologias em Enfermagem: produções e tendências para a educação em saúde com a comunidade.** Rev. Eletr. Enf. 2010; 12(4):598. Disponível em: ><http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a01.htm>< Acessado em: 12 de Fevereiro de 2014.

TOURINHO, F. S. V. SALVADOR, P. T. C. O. OLIVEIRA, R. K. M. COSTA, T. D. SANTOS, V. E. P. **Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem.** Revista de Enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20(1):111-7. Disponível em: ><http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a19.pdf>< Acessado em: 12 de Fevereiro de 2014.