

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE DA FAMÍLIA**

NELVA SANCHEZ SALINA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

SETE LAGOAS / MINAS GERAIS

2015

NELVA SANCHEZ SALINA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA
POLIMEDICAÇÃO EM PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
DAS ZONAS RURAIS DO MUNICÍPIO JEQUITIBÁ, MINAS GERAIS.**

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 (a): Profa. Dra. Kátia L. Moreira Lemos

NELVA SANCHEZ SALINA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA
POLIMEDICAÇÃO EM PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
DAS ZONAS RURAIS DO MUNICÍPIO DE JEQUITIBÁ, MINAS
GERAIS.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Nome - Instituição

Examinador 2: – Prof. Nome - Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2016

DEDICATÓRIA

Meus Pais, que apreciam meus resultados como Profissional.

Minhas filhas, que são fontes de minha inspiração.

Meu irmão, pelo seu incondicional apoio.

O povo brasileiro, que me acolheu com tanto amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me permitir a existência e conceder-me a sabedoria.

À Universidade Federal de Minas Gerais, que ofereceu este curso de especialização, facilitando nosso trabalho em Saúde da Família no Brasil.

Meus professores, por orientar-me em meus anos de profissão pelo caminho do saber.

A todos os que colaboraram de uma forma ou outra na realização deste trabalho.

Obrigado a todas as pessoas que contribuíram para meu sucesso e meu crescimento como pessoa.

Muito Obrigada.

Existem grandes desafios, porém só os grandes homens conseguem cumpri-los.
José Martí.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi avaliar o uso de medicamentos de forma indiscriminada em pacientes hipertensos e diabéticos na ESF Impacto, município de Jequitibá, Estado de Minas Gerais. Para isto se realizaram reuniões com usuários que são ao mesmo tempo diabéticos e hipertensos, buscando entender as dificuldades desse grupo e visando o melhor controle dessas alterações através de atividades físicas e alimentação saudável, acompanhando os usuários descompensados, considerados de risco, através das visitas domiciliares, levando o acompanhamento em consultas de Hipertensão; diminuindo em longo prazo a quantidade de medicamentos no tratamento dos pacientes hipertensos e diabéticos. Do total de usuários cadastrados na unidade, 302 são hipertensos e 58 são diabéticos, sendo que 25 apresentam ambas as enfermidades. Em relação ao gênero, 56,2% são mulheres hipertensas e 53,4 % são diabéticas. Sobre o uso de polimedicação, 55,2 % dos hipertensos e 52,9 % dos diabéticos utilizam cinco ou mais medicamentos no tratamento de sua doença. A faixa etária predominante encontra-se entre 51 e 70 anos de idade. Após traçado esse perfil, a equipe de saúde por meio de ações educativas no período de um ano, conseguiu estimular hábitos saudáveis nesse segmento, conseguindo assim, diminuir a quantidade de medicamentos e proporcionar melhor qualidade de vida.

Palavras chave: Polimedicação, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the use of indiscriminately drugs in hypertensive and diabetic patients in the ESF Impact, municipality of Jequitibá, State of Minas Gerais. For this meetings were held with users who are both diabetic and hypertensive time, trying to understand the difficulties of this group and aimed at better control of these changes through physical and healthy eating activities, following decompensated users considered at risk, through visits home, leading monitoring in Hiperdia consultations; reducing long-term the amount of medication in the treatment of hypertensive and diabetic patients. Of total registered users in the unit, 302 are hypertensive and 58 are diabetic, and 25 have both diseases. In relation to gender, 56.2% are hypertensive women and 53.4% are diabetic. On the use of polypharmacy, 55.2% of hypertensive and 52.9% of diabetics use five or more drugs in the treatment of their disease. The age is between 51 and 70 years of age. After tracing this profile, the health team through educational actions within one year, could encourage healthy habits in this segment, thereby, decrease the amount of medicines and provide better quality of life.

Keywords: Polypharmacy, Hypertension, Diabetes Mellitus.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF: Estratégia de Saúde da Família

OMS: Organização Mundial da Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

ACS: Agente Comunitário de Saúde

DCNT: Doenças Crônicas não Transmissíveis

PA: Pressão Arterial

PI: Projeto Intervenção

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

HAS: Hipertensão arterial

DM: Diabetes Mellitus

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Temas discutidos com população hipertensa e diabética da unidade “Fidelis Diniz Costa” no programa hiperdia e com o NASF.....	19
Quadro 2- Ações realizadas no processo de trabalho	20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição segundo sexo dos usuários inscritos a Unidade “Fidelis Diniz Costa”	21
Tabela 2- Faixa etárias em hipertensos e diabéticos dos usuários inscritos a Unidade “Fidelis Diniz Costa”	21
Tabela 3- Etnia e alterações sistêmicas dos usuários inscritos a Unidade “Fidelis Diniz Costa”.....	22
Tabela 4- Nível de escolaridade dos usuários inscritos a Unidade “Fidelis Diniz Costa”	22
Tabela 5- Coexistência das duas enfermidades dos usuários inscritos a Unidade “Fidelis Diniz Costa”.....	23
Tabela 6- Quantidade de fármacos utilizados segundo doenças dos usuários inscritos a Unidade “Fidelis Diniz Costa”	23
Tabela 7- Assistência a consultas programadas dos usuários inscritos a Unidade “Fidelis Diniz Costa”	24

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	12
2-JUSTIFICATIVA.....	15
3-OBJETIVOS.....	16
3.1- OBJETIVOS GERAIS.....	16
3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
4- METODOLOGIA.....	17
5-ANÁLISE ESTRATÉGICA	18
6-IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÃO	21
6.1- CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS USUÁRIOS DA UNIDADE “FIDELIS DINIZ COSTA”.....	21
6.2- DESCRIÇÕES DAS AÇÕES REALIZADAS NA UNIDADE “FIDELIS DINIZ COSTA”.....	24
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
8-REFERÊNCIAS	27
9-ANEXO	29

1-INTRODUÇÃO

A polimedicação refere-se ao uso de mais de seis medicamentos no período superior a seis meses de forma contínua, geralmente associada a várias enfermidades crônicas. Esta definição pode mudar do número de medicamentos, como no tempo necessário do consumo de remédios. (ALESSI ET AL, 2013; BRASIL,2010).

Os problemas relacionados com os medicamentos estão vinculados ao tratamento farmacológico do paciente, e interferem ou podem interferir nos resultados esperados em sua saúde, uma vez que o paciente consome maior número de medicamentos, possuem múltiplas mobilidades e caracteristicamente detém alterações fisiológicas que alteram a farmacodinâmica e a dos remédios, com alto risco de descompensação biológica (PIERIN, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2007) em todo o mundo, mais de 50% de todos os medicamentos receitados são dispensáveis ou são vendidos de forma inadequada, cerca de 1/3 da população mundial tem carência no acesso a medicamentos essenciais e 50% dos pacientes tomam medicamentos de forma incorreta. (OLIVEIRA; PAIVA; CUNHA, 2012).

No Brasil, observamos uma elevada quantidade de pacientes hipertensos e diabéticos os quais consomem muitos medicamentos no tratamento. O rápido processo de envelhecimento da população brasileira vem sendo bastante discutido no que se refere às suas implicações sociais e de saúde pública. Acredita-se que, em 2025, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais atinja aproximadamente 14% da população mundial (CASCAES, 2008).

Observa-se um aumento da expectativa de vida da população brasileira e os idosos ultrapassam 15 milhões para uma população total de aproximadamente 170 milhões de habitantes. Eles chegam a constituir 50% dos multiusuários de medicamentos em decorrência da terapêutica utilizada com o passar dos anos. Esse fato ocorre devido à maior prevalência de doenças crônico-degenerativas nessa faixa etária tais como cardiovasculares, respiratórias, neoplasias, diabetes mellitus, distúrbios no trato gastrointestinal e perturbações psicológicas. A doença cardiovascular, induzida pela coexistência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e

Diabetes Mellitus (DM) tipo 2, é muito frequente, devido à alta prevalência de ambas. (SANTOS, 2013).

As evidências científicas mostram que a prevalência de HAS e DM não é uma associação ocasional, pelo contrário, as duas condições estão ligadas por fatores epidemiológico, patofisiológico e clínico comum. Em torno de 70% dos pacientes que possuem Diabetes Mellitus apresentam também Hipertensão Arterial Sistêmica, enquanto que a Diabetes Mellitus é encontrada em até 40% de pacientes com Hipertensão, principalmente nos mais velhos. Os medicamentos utilizados em maior frequência são: anti-hipertensivos, ansiolíticos, vasodilatadores, hipoglicemiantes. (BRASIL, 2008).

A implantação do SUS tornou-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. (SIAB, 2010).

A Estratégia Saúde da Família, responsável pela atenção primária, considera-se como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. A prevenção pode ser feita com hábitos saudáveis, alimentação correta, exercícios físicos, visitas mais frequentes aos médicos. Prevenir é mais fácil e eficaz do que esperar a doença chegar para só então tratá-la. (SECOLI, 2010).

O uso de vários medicamentos propicia o risco no aumento de problemas relacionados com medicamentos, sendo estes vinculados com a farmacoterapia, o que interfere ou pode interferir nos resultados esperados de saúde do paciente. Ao passar dos anos há uma diminuição da massa muscular, da água corporal e ainda do metabolismo hepático; os mecanismos homeostáticos e a capacidade de filtração e de excreção também podem ficar comprometidos. Em virtude desses fatores fisiológicos, há uma dificuldade de eliminação e de metabolização de drogas, resultando num acúmulo de substâncias tóxicas no organismo e conseqüentemente

surgindo efeitos adversos mais intensos além de que o uso simultâneo de diversos medicamentos pode levar o paciente a fazer o tratamento de maneira incorreta. (CHEHUENNETO, 2012).

No município de Jequitibá, no interior de Minas Gerais, existe um grande número de pacientes hipertensos e diabéticos. Na ESF Impacto em que há uma população de 1210 usuários cadastrados, encontra-se 302 hipertensos e 58 diabéticos. Dentre eles, 25 indivíduos possuem ambas as enfermidades. A maior parte dos pacientes possui o tratamento baseado no uso contínuo de dois a três medicamentos. (SIAB, 2010).

Tendo em conta todos os riscos e a quantidade de medicamentos utilizados no tratamento dos pacientes hipertensos e diabéticos, e sabendo que a adoção de hábitos saudáveis pode contribuir para diminuir do uso contínuo de fármacos, a Equipe de Saúde da Família Impacto, elaborou um projeto ao longo de um ano de serviço que buscou realizar o controle da HAS e DM por meio de ações educativas.

2- JUSTIFICATIVA

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, pois as ESF são a porta de entrada na atenção primária, com uma área de abrangência que facilita a captação dos pacientes com doenças crônicas, sendo fundamental a parceria dos ACS que facilitam nosso trabalho.

Além disso, este estudo possibilita um acompanhamento dos mesmos, promovendo o controle destas doenças e assim contribuindo para diminuir a demanda em hospitais e conseqüentemente os gastos com internação.

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de pacientes hipertensos e diabéticos polimedicados nas comunidades rurais do município de Jequitibá, ainda não controlados.

3- OBJETIVOS

3.1- OBJETIVO GERAL

Elaborar um projeto de intervenção para controlar a polimedicação dos usuários hipertensos e diabéticos nas zonas rurais do município de Jequitibá, Minas Gerais por meio de ações educativas.

3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos usuários diabéticos e hipertensos inscritos a Unidade.
- Estimular hábitos saudáveis por meio de ações educativas.
- Promover a diminuição, em longo prazo, da quantidade de medicamentos no tratamento dos pacientes hipertensos e diabéticos.

4- METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional. Fazendo uma investigação observacional descritiva, do tipo retrospectivo de todos os pacientes hipertensos e diabéticos das comunidades rurais do município de Jequitibá com o objetivo de determinar a presença da polimedicação nestes pacientes, assim como a associação com outras variáveis demográficas médicas.

O universo é integrado pelos adultos hipertensos e diabéticos de ambos os sexos das comunidades rurais do município de Jequitibá.

Realizou-se uma avaliação exaustiva de todos, considerando a esfera biomédica, psicológica, social, e funcional incluindo as pessoas que comparecem para consulta, assim como aquelas que solicitam atenção domiciliar, utilizando o mesmo procedimento. Para completar a informação também procuramos outras fontes de informação tais como encaminhamento de pacientes, prontuários Individuais. Avaliando antes do tratamento de cada um e diminuindo a quantidade de medicamentos necessários, até adequar a doença com o menor número possível de fármacos considerando que a maioria dos pacientes com doenças crônicas são idosos. Além disso, foram solicitados exames laboratoriais para avaliar o grau de compensação das doenças, sendo que os pacientes com maior necessidade eram encaminhados a outras especialidades.

Após a avaliação foram propostas atividades educativas como palestras, salas de espera, distribuição de folhetos informativos, reuniões nas comunidades e atividades de promoção à saúde com o auxílio do NASF.

5- ANÁLISE ESTRATÉGICA

Nas últimas décadas, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônico-degenerativas e causas externas. As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontram-se o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial. (BRASIL, 2008).

A Equipe de Saúde da Família Impacto é responsável por 1210 usuários, segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2010). Destes, 58 são diabéticos, 302 hipertensos e 25 possuem ambas alterações de saúde. É frequente o uso de glibenclamida, metformina e insulina pelos diabéticos, e losartana, hidroclortiazida, anlodipino e outros anti-hipertensivos pelos hipertensos. O segmento acometido por ambas doenças utilizam as duas prescrições, o que poderia ser evitado em longo prazo, com mudanças de hábitos e estilos de vida.

Nossa ESF é composta por uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, quatro agentes comunitários, dois recepcionistas e uma médica. Apesar de o SIAB informar o número de pacientes que são hipertensos e diabéticos, até o momento, não houve uma caracterização do perfil desses usuários, e nem mesmo ações que buscassem reduzir as medicações anti-hipertensivas (anlodipino, hidroclortiazida, losartana, captopril) e hipoglicemiantes (glibenclamida, Insulina e metformina).

Dessa forma, no mês de agosto de 2014 a equipe se reuniu para definir as ações em educação de saúde, que poderiam intervir na mudança de hábitos desse segmento populacional e elaborar um plano de acompanhamento, buscando assim diminuir a poli medicação em prazo de um ano.

O Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. Na unidade “Fidelis Diniz Costa”, a hiperdia é realizada semanalmente. Pensando nisso, a equipe decidiu potencializar esses encontros, discutindo com os usuários participantes (n=100) a importância de hábitos saudáveis

como prevenção à polimedicação e com o apoio do NASF. As ações foram iniciadas no dia 12 de abril de 2014, e estão descritas no quadro 1.

Quadro 1– Temas discutidos com população hipertensa e diabética da unidade “Fidelis Diniz Costa” no programa hiperdia e com o NASF

Profissionais responsáveis	Atividades Propostas	Objetivos
Médica e enfermeira	Exposição dialogada: “Por que eu utilizo muitos medicamentos?”.	Debater a importância dos medicamentos, e iniciar uma reflexão sobre hábitos saudáveis.
Equipe de Saúde da Família	A feira de Medicina Verde	Exposição de ervas medicinais, que podem substituir alguns fármacos sem interferir na medicação prescrita.
Fisioterapeuta	Exercícios físicos: Vamos caminhar?	Implantação de caminhadas/alongamento antes da sessão do hiperdia. Avaliação física individual para o acompanhamento mensal.
Médica, enfermeira e nutricionista.	Roda de conversa: Como eu me alimento?	Trocas de experiências sobre alimentação saudável.

As atividades realizadas no hiperdia e com o NASF foram repetidas para um grupo de 30 usuários diabéticos no dia 26 de maio.

A segunda ação proposta pela equipe foi relacionada ao processo de trabalho. (ANEXO A). Era necessária uma maior compreensão dos agentes comunitários sobre a importância da HAS e DM, a fim de contribuir na busca ativa de novos casos. Além disso, a equipe reorganizou as visitas domiciliares e o acompanhamento assistencial dos usuários hipertensos e diabéticos (ANEXO B).

Quadro 2 – AÇÕES REALIZADAS NO PROCESSO DE TRABALHO.

Profissionais responsáveis	Atividades Propostas	Objetivos
Médica e Enfermeira	Sinais, sintomas e prevenção da HAS e DM.	Debater com os ACS a importância de acompanhar novos casos de HAS e DM.
Médica, Enfermeira e ACS.	Visitas domiciliares	Visitas multiprofissionais aos casos incidentes
Médica, Enfermeira e Técnica de Enfermagem.	Acompanhamento da hipertensão arterial sistêmica nas consultas de hiperdia.	Monitorar e acompanhar os níveis pressóricos
Médica, Enfermeira, Técnica de Enfermagem e fisioterapeuta.	Acompanhamento da glicemia nas consultas de hiperdia.	Monitorar e acompanhar os níveis glicêmicos

6- IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.

6.1 CARACTERIZAÇÕES DO PERFIL DOS USUÁRIOS DA UNIDADE “FIDELIS DINIZ COSTA”.

A caracterização do perfil dos usuários hipertensos e diabéticos se fez necessário para elaborar do plano de ação, para isso foi analisado o SIAB e a fichas individuais. Observa-se nos quadros abaixo a distribuição por gênero de hipertensos e diabéticos, faixa etária, etnia, escolaridade, a coexistência das enfermidades, número de medicamentos utilizados e quantidade de consultas realizadas a esses segmentos no período de 2014.

Tabela 1. Distribuição segundo sexo dos usuários inscritos a Unidade “Fidelis Diniz Costa”.

Sexo	Hipertensos (%)	Diabéticos (%)
Masculinos	55,2	52,9
Feminina	56,2	53,4

Fonte: Dados do SIAB e fichas individuais

Nesta tabela observa-se um predomínio do sexo feminino tanto para hipertensos como para diabéticos.

Tabela 2. Faixa etárias em hipertensos e diabéticos dos usuários inscritos a Unidade “Fidelis Diniz Costa”.

Enfermidades	15-35 anos (%)	36-50 anos (%)	51-70 anos (%)	71 anos mais (%)
Hipertensão	6.5	24.4	55.1	13.9
Diabetes M.	5.5	14.8	50.4	29.1

Fonte: Dados do SIAB e fichas individuais

A população idosa na região é a mais acometida por doenças crônicas não transmissíveis.

Tabela 3. Etnia e alterações sistêmicas dos usuários inscritos a Unidade “Fidelis Diniz Costa”.

Etnias	Hipertensos (%)	Diabéticos (%)
Branca	5.8	5.3
Preta	32.0	36.3
Parda	53,0	55.7
Amarela	9.1	2.5
Indígena	0	0

Fonte: Dados do SIAB e fichas individuais

Aqui vemos como estas doenças predominam na raça parda seguida da preta.

Tabela 4. Nível de escolaridade dos usuários inscritos a Unidade “Fidelis Diniz Costa”.

Nível de escolaridade	Hipertensos (%)	Diabéticos (%)
Sem alfabetizar	13.2	11.1
Ensino Fundamental	71.6	69.4
Ensino médio	13.8	15.2
Ensino superior	1.2	4.1

Fonte: Dados do SIAB

Os usuários com ensino superior e médio não são tão acometidos por doenças crônicas como os usuários que não tiveram acesso a educação. Sabe-se que esses indivíduos sem acesso, se localizam em áreas rurais, que por muitos anos não possuía centros de educação.

Tabela 5. Coexistência das duas enfermidades dos usuários inscritos a Unidade “Fidelis Diniz Costa”.

Enfermidades	Número de usuários
Hipertensão	302
Diabetes Mellitus	58
Hipertensão e Diabetes M.	25

Fonte: Dados do SIAB e fichas individuais

Existe uma relação diretamente proporcional em quanto a pacientes que apresentam as duas doenças. Isto está influenciado a relação existente entre fatores de risco e doenças em uma mesma pessoa.

Tabela 6. Quantidade de fármacos utilizados segundo doenças dos usuários inscritos a Unidade “Fidelis Diniz Costa”.

Quantidade de fármacos utilizados diariamente	Hipertensos (%)	Diabéticos (%)
Um medicamento	1.5	8.2
Dois medicamentos	9.0	19.7
Três medicamentos	53.4	56.2
Mais de três medicamentos	35.7	15.7

Fonte: Dados do SIAB e fichas individuais

Segundo pode-se observar na tabela a maioria dos hipertensos e diabéticos tem no tratamento três ou mais medicamentos, por isso eu fiz este projeto de intervenção porque chama atenção a quantidade de medicamentos usados indiscriminadamente incluindo aqueles com mesmo efeito, predominando as pessoas idosas. Isto constitui um problema a nível mundial e mais aqui no Brasil antes da chegada do programa Mais Médico.

Tabela 7. Assistência a consultas programadas dos usuários inscritos a Unidade “Fidelis Diniz Costa”.

Assistência a consultas anual	Hipertensos (%)	Diabéticos (%)
Uma consulta	11.9	4.1
Duas consultas	30.8	37.5
Três consultas	38.3	44.4
Quatro consultas	18.8	13.8

Fonte: Dados do SIAB e fichas individuais

É interessante ver como a maioria dos pacientes assiste a consulta três vezes ao ano, seguido pelos que assistem duas vezes. Isto chama a atenção e é algo que se

pode explicar pelo trabalho da equipe de saúde, com ampla participação dos ACS que motivam os mesmos assistir à consulta para melhor acompanhamento.

6.2- DESCRIÇÕES DAS AÇÕES REALIZADAS

A primeira reunião com a equipe e NASF foi realizada no dia 8 de abril, os dados foram levantados e analisados por todos os membros (ANEXO H).

No dia 12 de abril iniciou a primeira atividade com a comunidade, compareceram 87 hipertensos. Foi realizada no período da reunião do hiperdia uma exposição dialogada sobre a quantidade de remédios que os pacientes tomam e suas consequências, a importância de tomar o mínimo de remédios possíveis. Uma roda de conversa foi organizada para esclarecer a alimentação saudável. No mesmo período, foi implantado 30 minutos de atividade física, com a fisioterapeuta. (ANEXO I) A avaliação física foi feita inicialmente com 10 usuários, os demais tiveram essa avaliação realizada nos outros encontros.

No dia 12 de maio iniciou ciclo de palestras sobre polimedicação com o nome de “Conhecendo melhor a comunidade”.

As perguntas dos pacientes foram:

- Quantos medicamentos para tomar? Será que não faz mal?
- Será que posso tomá-los juntos?
- Será que “um golinho” faz mal com remédio?

Para dar respostas a estas e outras perguntas fiz um PowerPoint com explicações para a ACS de como identificar poli medicação, sugerindo o que se deve saber e o que se deve fazer. Em seguida, nas visitas domiciliares, atendimentos individuais, continuou a identificação dos pacientes polimedicados. Fornecemos orientações para não ficar olhando a vida passar e fazer alguma coisa. Orientamos mudar modos e estilos de vidas inadequados para melhorar a qualidade de vida dos pacientes diabéticos e hipertensos das comunidades rurais.

Foi comemorado em Jequitibá o “Dia mundial da saúde e da atividade física”. A comemoração aconteceu no dia 06 de abril 2015. As atividades foram planejadas para atender a toda a população. A fisioterapeuta deu início com alongamentos; (ANEXO C) logo uma pequena caminhada (ANEXO D) até o polo da academia da saúde, (ANEXO E). Os usuários após receber orientações retornaram à quadra onde foi realizada uma palestra com a nutricionista sobre

Segurança Alimentar; (ANEXO F) em seguida foi oferecido um lanche com frutas variadas e frescas (ANEXO G) e, para encerrar foi realizada uma demonstração da dança Zumba.

No dia 26 de abril foram realizadas as mesmas atividades propostas para o hiperdia a um grupo de diabéticos, com a participação de 51 usuários. A assistência para ambos os grupos foi realizada pela enfermeira e pela médica, por meio da aferição da pressão arterial sistêmica e glicose. Fizemos uma conversa sobre “Dicas De Saúde”.

A reunião com os ACS foi realizada no dia 28 sobre as doenças crônicas não transmissíveis, fatores de risco, prevenção e complicações, com o fim de informar a tempo qualquer problema achado na sua área de abrangência.

Os objetivos do projeto de Intervenção foram atingidos parcialmente, pois a mudança de hábitos e consequente controle da hipertensão e diabetes necessitam de um prazo maior, para então, reavaliar a prescrição medicamentosa. A equipe de saúde da família se sensibilizou, e se fortaleceu com essa experiência. Além disso, identificou-se a necessidade de prolongar as ações educativas para então alcançar amplamente os objetivos. Acrescentar o conhecimento sobre saúde e fatores de risco nos pacientes diabéticos e hipertensos.

Como fragilidades, percebe-se que os usuários que necessitam do serviço não conseguem o acesso, e não são acompanhados pela equipe, pois moram longe da unidade. Os recursos de aparelhos de glicose e para aferir pressão são escassos no dia-a-dia.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Projeto de Intervenção teve como objetivo promover o controle da hipertensão e diabetes de pacientes que possuíam ambas doenças, suas complicações e que tinham uso contínuo de muitos remédios, cadastrados na Unidade “Fidelis Diniz Costa”. Ações educativas e atendimento multidisciplinar foram planejados. Foi necessário o levantamento e análise dos dados, a fim de caracterizar o perfil dos usuários.

Foram detectado 53 pacientes que apresentavam as duas complicações sistêmicas, sendo a maioria mulheres, entre 51 e 70 anos de idade, de etnia parda com pouca escolaridade. Assim, as atividades propostas foram de acordo com as capacidades deles e incluiu alongamento, caminhadas curtas, roda de conversa sobre alimentação saudável e exposição dialogada sobre medicação. A feira de medicina verde foi uma atividade muito comentada pela comunidade, e será uma proposta explorada no hiperdia.

Foi identificada a necessidade de capacitação sistemática dos agentes comunitários de saúde, para melhorar a orientação a pacientes e familiares sobre o controle e acompanhamento, assim como importância de mudanças em hábitos e estilos de vida que contribuem em melhor qualidade de vida, além do déficit de equipamentos, medicamentos e apoio dos gestores municipal.

REFERÊNCIAS

ALESSI, A; BONFIM, A.V; BRANDÃO, A. A; et al. Posicionamento Brasileiro em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. BrasCardiol**, v. 100(6), p.491-501, 2013. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007001500012>>.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância à Saúde. **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **ArqBrasCardiol**. v. 95, p. 1-51, 2010. Erratum in: Arq Bras Cardiol. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; v. 95, p. 553, 2010.

FARIA, F. C. C.; SANTOS, H. P.; CAMPOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Belo Horizonte, 2ed, p. 110, 2010.

CASCAES, E. A.; FALCHETTI, M. L.; GALATO, D. Perfil da automedicação em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do sul do Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37(1), p. 63-9, 2008.

CHEHUEN NETO, J. A.; DELGADO, A. A. A.; MACHADO, S J. M.; BICALHO, T. C.; OLIVEIRA, T. A. Uso de medicamentos por idosos de Juiz de Fora: um olhar sobre a polifármacia. **HU Ver**, Juiz de Fora, v. 7, p. 305-13, 2012.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>.

CUNHA, P. R. M. S.; BRANCO, D. R. C.; BERNARDES, A. C. F.; AGUIAR, M. I. F. Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica. **Rev. Pesq Saúde**, v. 13 (3), p. 11-6, 2012.

SIAB – **Sistema de Informação de Atenção Básica**, 2010. Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br>, >.

OLIVEIRA, T. L. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 26, n. 2, p.179-184, 2013.

PAIVA, D. C. P. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa de Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n.2, 2006.

PIERIN, A. M. G.; MARRONI, S. N.; TAVEIRA, L. A. F.; BENSEÑOR, I. J. M. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em

Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1389-400, 2011.

SANTOS, M. V. R.; OLIVEIRA, D. C., ARRAES, L. B., OLIVEIRA, D. A. G. C. MEDEIROS, L., NOVAES, M. A. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *RevBrasClinMed*, São Paulo, v. 11, p. 55-61, 2013.

SECOLI , S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **RevBrasEnferm**. v. 63, p. 136-40, 2010.

ANEXO**ANEXO A- Reunião de equipe**

ANEXO B- Visita domiciliar aos hipertensos e diabéticos

ANEXO C- Alongamentos

ANEXO D- Caminhada

ANEXO E- Orientações aos usuários



ANEXO F- Palestra com a nutricionista

ANEXO G- Lanche no Dia Mundial da Saúde

ANEXO H- Equipe saúde da família e NASF

ANEXO I- Práticas corporais com a fisioterapeuta.

