

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

**FABIO BARROSO MARTINS DANTAS**

**USO DE MEDICAÇÕES PELOS IDOSOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL E DIABETES DA ZONA RURAL**

São Luís  
2017

**FABIO BARROSO MARTINS DANTAS**

**USO DE MEDICAÇÕES PELOS IDOSOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL E DIABETES DA ZONA RURAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Gomes Nogueira  
Ferreira

São Luís  
2017

Dantas, Fabio Barroso Martins

Uso de medicações pelos idosos portadores de hipertensão arterial e diabetes da zona rural./Fabio Barroso Martins Dantas. – São Luís, 2017.

15 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Maranhão, UNA-SUS, 2017.

1. Saúde do Idoso. 2. Diabetes Mellitus. 3. Hipertensão. I. Título.

CDU 613.9-053.9

**FABIO BARROSO MARTINS DANTAS**

**USO DE MEDICAÇÕES PELOS IDOSOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL E DIABETES DA ZONA RURAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Universidade Federal do  
Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de  
Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Aprovado em / /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Adriana Gomes Nogueira Ferreira (Orientadora)**

Doutora em Enfermagem  
Universidade Federal do Maranhão

---

**2º MEMBRO**

---

**3º MEMBRO**

## RESUMO

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes são doenças crônicas sem cura, mas que necessitam da adesão do paciente no tratamento. O plano de intervenção tem como objetivo aumentar a adesão dos idosos com HAS e Diabetes à medicação prescrita. No posto de saúde foram realizadas quatro reuniões semanais para discutir sobre comunicação com o idoso, HAS, Diabetes e planejamento das visitas domiciliares, que ocorreram nas quatro semanas seguintes, para atender 12 idosos selecionados. Concluiu-se que o acolhimento humanizado da pessoa idosa é o mais importante. A organização da medicação de forma facilitada melhorou a adesão ao tratamento, dificultando doenças oportunistas.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Diabetes Mellitus. Hipertensão.

## ABSTRACT

High Blood Pressure (HBP) and Diabetes are chronic diseases without cure, but they require adherence to the treatment. The intervention plan aims to increase the adherence of the elderly with HBP and Diabetes to the prescribed medication. At the health center, four weekly meetings were held to discuss communication with the elderly, HBP, Diabetes and planning of home visits, which took place in the next four weeks to serve 12 selected elderly. It was concluded that the humanized reception of the elderly person is the most important. The organization of medication facilitated, improved adherence to treatment, making opportunistic diseases difficult.

Keywords: Health of the Elderly. Diabetes Mellitus. Hypertension.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>1.1</b>	<b>Título.....</b>	<b>06</b>
<b>1.2</b>	<b>Equipe Executora.....</b>	<b>06</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>08</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>09</b>
<b>4.1</b>	<b>Geral.....</b>	<b>09</b>
<b>4.2</b>	<b>Específicos.....</b>	<b>09</b>
<b>5</b>	<b>METAS.....</b>	<b>09</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>10</b>
<b>7</b>	<b>CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....</b>	<b>12</b>
<b>8</b>	<b>IMPACTOS ESPERADOS.....</b>	<b>13</b>
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>14</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>15</b>

## **1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO**

### **1.1 Título**

Uso de medicações pelos idosos portadores de hipertensão arterial e diabetes da zona rural

### **1.2 Equipe Executora**

- Nome do aluno: Fabio Barroso Martins Dantas
- Nome da Orientadora: Adriana Gomes Nogueira Ferreira

## 2 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), idosos são aqueles que tem acima de 65 anos nos países desenvolvidos, e acima de 60 anos na maioria dos países em desenvolvimento, como o Brasil, por exemplo. É o momento que o corpo tem mais dificuldade para se adaptar ao meio ambiente, aumentando as chances de contrair doenças, apresentando maior risco de morte (MENEZES; LOPES; AZEVEDO, 2009).

O projeto SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) mostrou que 86,7% dos idosos entrevistados tomavam alguma medicação, sendo que a Hipertensão era a doença de maior prevalência com 53,7% e o Diabetes, em 4ª colocação, com 17,9% (LEBRAO; LAURENTI, 2005).

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes são doenças crônicas sem cura, que necessitam da adesão do paciente no tratamento. Não adianta o profissional de saúde recomendar mudanças de hábitos de vida, prescrever medicamentos, se o paciente não segue.

A evolução do Diabetes sem o tratamento ou controle glicêmico ideal pode acarretar complicações agudas (cetoacidose diabética, estado hiperosmolar, hiperglicêmico, hipoglicemia, acidose láctica) e crônicas, tais como as microvasculares (retinopatia, nefropatia, neuropatia) e macrovasculares (amputações, disfunção sexual, doenças cardiovasculares, vasculares periféricas e cerebrovasculares) (TOSCANO, 2004).

Já a HAS sem tratamento causa cefaleia, aumenta o risco de infarto agudo do miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), doenças renais e muitas outras comorbidades.

A adesão ao tratamento pelo idoso é mais complicado, pois tem a questão da senilidade do paciente, que tem mais dificuldade para entender ou fazer as recomendações. A situação piora quando os idosos vivem na zona rural, por conta da dificuldade de acesso, precariedade das residências, baixa escolaridade, falta de recursos. Muitos deles vivem sem a presença de cuidadores, seus descendentes migram para a zona urbana em busca de melhores condições e os idosos acabam tendo que viver sozinhos na área rural. (RODRIGUEZ, 2015)

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem feito um grande esforço para alcançar os idosos da zona rural, principalmente com a visita domiciliar, mas a adesão as

orientações fornecidas pela equipe PSF fica comprometida por conta dessa situação social.

Assim, este estudo propõe uma estratégia para contornar esses problemas existentes, aumentando a adesão do paciente idoso da zona rural no tratamento.

### **3 JUSTIFICATIVA**

Hipertensão e Diabetes são doenças que aumentam consideravelmente o risco de morbidade e de mortalidade. E a adesão ao tratamento pelos idosos da zona rural está muito aquém do ideal.

Este plano de intervenção norteia as ações e direciona caminhos para alcançar objetivos e metas ao qual se propõe.

Permite que os profissionais estejam organizados para agir, evitando imprevistos, alcançando um melhor rendimento na promoção da saúde.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Geral**

Aumentar a adesão dos idosos com HAS e Diabetes à medicação prescrita.

### **4.2 Específicos**

- Orientar os idosos com HAS e Diabetes sobre essas patologias e seus agravantes, mais a importância do tratamento;
- Promover uma comunicação adequada com o idoso;
- Organizar a medicação a ser tomada pelo idoso, aumentando sua autonomia.

## **5 METAS**

- Aumentar em 50% o uso correto das medicações prescritas para os idosos;
- Capacitar 100% da equipe PSF para uma comunicação adequada com o idoso;
- Engajar 100% dos cuidadores para fiscalizar se a medicação está sendo tomada da forma correta pelo idoso.

## 6 METODOLOGIA

Iniciou-se a realização de reuniões semanais com toda a equipe ESF (médico, enfermeiro, dentista, agentes comunitários de saúde e agentes administrativos) para orientar e trocar sugestões e experiências para melhor abordagem com o idoso.

Na primeira semana, a reunião foi sobre comunicação. Cada membro expôs suas experiências e concluímos que toda equipe deveria falar com o idoso de forma lenta, simples e repetir as orientações quantas vezes fossem necessárias para o idoso entender, com bastante paciência. Chamando-o sempre pelo nome.

Na segunda semana, discutimos sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica. O médico e o enfermeiro fizeram uma palestra básica sobre o assunto para toda a equipe ESF, focando na importância da prevenção e tratamento. Já na terceira semana, falamos sobre o diabetes, seguindo a mesma metodologia da semana anterior.

Na quarta semana, reunimos para discutir uma forma de melhorar a adesão dos idosos para tomar a medicação. Concluímos que deveríamos simplificar o uso dos remédios. Definimos que a medicação deveria ser usada em, no máximo, 3 tomadas (manhã, tarde e noite). Caso o idoso fosse analfabeto, faríamos desenhos descrevendo a maneira como a medicação deveria ser tomada na própria caixa da medicação: nuvem (manhã), sol (tarde) e lua (noite). Encerrada a reunião, médico e enfermeiro visualizaram os prontuários dos idosos da zona rural atendidos, e foram selecionados aqueles que a pressão arterial estava sempre descontrolada ou que a glicemia de jejum estava sempre aumentada, totalizando 12 idosos (6 com HAS e Diabetes, 4 com apenas HAS, 2 com apenas Diabetes).

A partir da quinta semana, começamos a fazer visitas domiciliares desses idosos selecionados, três visitas por semana. Tivemos todo o cuidado para fazer a comunicação de acordo com o que foi definido na primeira reunião. Explicamos as doenças crônicas que o paciente estava acometido e falamos da importância do tratamento, que previne piores problemas futuros. Simplificamos a forma de tomar a medicação desses pacientes.

Conversamos com os cuidadores e relembramos sua importância para o idoso. Fizemos mensagens motivacionais para o cuidador cumprir a sua função, pois

ele é muitas vezes desmerecido e desmotivado. Pedimos para eles ajudarem os idosos a cumprirem as orientações alimentares e medicamentosa.

Solicitamos aos agentes comunitários de saúde, que assim que os exames estivessem prontos, agendassem uma visita domiciliar de retorno.

No retorno, avaliamos a pressão arterial e a glicemia, comparando com os anteriores. Todos tiveram alterações nos resultados dos exames. Dos 10 hipertensos avaliados, 5 atingiram a pressão normal, ficaram controlados, 3 apresentaram hipotensão, necessitando de redução de dosagem medicamentosa, e nos outros 2 restantes a pressão diminuiu, mas não o suficiente para normalidade, necessitando de aumento da dosagem do anti-hipertensivo. Em relação aos 8 diabéticos, 4 reduziram o índice glicêmico para normalidade, e os outros 4 tiveram redução, mas não o suficiente, necessitando de aumento de dosagem do hipoglicemiante.

## 7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8
Reuniões semanais com a equipe PSF	X	X	X	X				
Discussão sobre comunicação com o idoso	X							
Discussão sobre HAS		X						
Discussão sobre Diabetes			X					
Discussão sobre melhorar a adesão dos idosos para tomar medicação				X				
Leitura dos prontuários dos idosos				X				
Visitas domiciliares para os idosos selecionados					X	X	X	X
Atendimento aos idosos selecionados					X	X	X	X
Atendimento aos cuidadores					X	X	X	X

As visitas domiciliares de retorno foram em semanas aleatórias, dependendo da disponibilidade dos resultados dos exames.

## **8 IMPACTOS ESPERADOS**

- Redução da mortalidade;
- Redução de patologias oportunistas, que pioram a qualidade de vida do idoso;
- Redução dos custos com saúde;
- Aumento da autonomia do idoso.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que o acolhimento humanizado da pessoa idosa é o mais importante. Estabelecer uma relação mais respeitosa com o paciente, chamando-o pelo nome, usando uma linguagem clara, mas não subestimando a compreensão do paciente, é fundamental.

A organização da medicação de forma facilitada melhorou a adesão ao tratamento, dificultando doenças oportunistas. O cuidador é muito importante, mas é desvalorizado no meio social, foi importante motivá-los para cumprir melhor a sua função.

Essas abordagens contribuíram muito para o controle do Diabetes e HAS. Em alguns casos, foi necessária a redução da dosagem da medicação, que era aumentada nas consultas anteriores por falta da adesão.

A equipe do PSF ficou mais integrada após as reuniões semanais, inclusive outros temas importantes eram discutidos.

## REFERÊNCIAS

- LEBRAO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2005000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200005&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200005>.
- MENEZES, T.M.de O.; LOPES, R.L.M.; AZEVEDO, R.F. A pessoa idosa e o corpo: uma transformação inevitável. Goiânia (GO): **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 11(3), 598-604, 2009. Recuperado em 01 junho, 2014, de: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n3/v11n3a17.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/v11n3a17.htm).
- RODRIGUEZ, R. C. **Hipertensão arterial sistêmica em idosos no Programa Saúde da Família Durvalina Rodrigues da Costa - Ouro Verde - Minas Gerais: plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento**. Teófilo Otoni, 41f., 2015. Monografia (Especialização em Estratégia Saúde da Família).
- TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciênc. Saúde Col.**, v.9, n.4, p.885-895, 2004.