

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FERNANDO LIMA LOPES

CAPACITAÇÃO DE FAMILIARES PARA O CUIDADO DE IDOSOS
PORTADORES DE HIPERTENSÃO E DIABETES

FORTALEZA

2014

FERNANDO LIMA LOPES

**CAPACITAÇÃO DE FAMILIARES PARA O CUIDADO DE IDOSOS
PORTADORES DE HIPERTENSÃO E DIABETES**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof^ª Dr^ª. Flávia Viana de Paula

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará

L864c	<p>Lopes, Fernando Lima. Capacitação de familiares para o cuidado de idosos portadores de Hipertensão e Diabetes / Fernando Lima Lopes. – 2015. 32 f.</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo Ceará, Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde à Distância (NUTEDS), Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2015. Orientação: Profª. Dra. Flavia Viana de Paula.</p> <p>1. Idoso. 2. Autocuidado. 3. Doença crônica. I. Título.</p>
-------	---

CDD 362.6

FERNANDO LIMA LOPES

**CAPACITAÇÃO DE FAMILIARES PARA O CUIDADO DE IDOSOS
PORTADORES DE HIPERTENSÃO E DIABETES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Flávia Viana de Paula
Universidade Federal do Ceará

Profª Drª Nathália Lima Pedrosa
Universidade Federal do Ceará

Profª Drª Ana Zaiz Flores Teixeira de Carvalho
Instituição

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida.

À minha esposa Vânia, pelo amor, apoio, confiança, paciência e motivação incondicional, sempre me impulsionando em direção às vitórias dos meus desafios.

À Professora Doutora Flávia Viana, pela orientação, pela compreensão e ensinamentos que me possibilitaram o amadurecimento pessoal e profissional.

Ao meu filho e futuro colega de profissão Fernando Lima Lopes Filho, pela atenção e dedicação na ajuda para elaboração deste projeto.

Ao Município de Aracoiaba-CE, em particular à Doutora Marilene Campêlo.

Ao coordenador do Programa Mais Médicos da região do Maciço, Doutor Epitácio Feitosa.

À Equipe de Saúde da Família do Jenipapeiro I.

À minha família, pelo amor incondicional, carinho e afeto.

A todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para este trabalho.

Muito Obrigado.

RESUMO

O Brasil passa por um momento de transição demográfica e epidemiológica, com um envelhecimento populacional devido, principalmente, a queda da taxa de fecundidade e a diminuição da mortalidade, bem como uma mudança na morbidade e mortalidade da população brasileira, com redução da incidência de doenças infecto contagiosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são os principais representantes, afetando principalmente a população idosa, reduzindo a capacidade funcional desses indivíduos. O sistema de saúde atua como uma rede de atenção integrada, no acompanhamento desse paciente, com atendimento multidisciplinar de acordo com as necessidades em saúde requeridas. Essa atuação envolve, então, não só a UBS, mas o indivíduo e o meio social no qual ele está inserido, representado principalmente pelo componente familiar, que é importante para a manutenção do cuidado adequado e correta adesão ao plano terapêutico estabelecido. Dessa forma, o objetivo é capacitar a família/cuidador de idosos portadores de hipertensão e diabetes para que ele esteja apto a atender às demandas do envelhecimento e da doença. Assim, será realizada uma pesquisa-ação na UBS Jenipapeiro I, no município de Aracoiaba-Ce, com formação de oficinas de capacitação para familiares de idosos portadores de doenças crônicas, principalmente HAS e DM, com temas pré-estabelecidos pela ESF e liderados por um médico ou enfermeira, bem como a organização de grupos de discussão e educação em saúde para idosos com HAS e DM, ambos ocorrendo quinzenalmente. Para amplificar a estratégia, elaboração de programa vida saudável, com apoio de Educador Físico do NASF, para a promoção da prática de atividade física pelos idosos semanalmente. Espera-se uma redução dos índices de risco cardiovascular e na incidência de agravos por HAS e DM a médio e longo prazo, bem como um maior entendimento da importância do autocuidado e da participação familiar na terapêutica, com maior aceitação as orientações repassadas pela ESF, com consequente maior adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Idoso.

ABSTRACT

The Brazil goes through a time of transition demographic and epidemiological, with an aging population, mainly due to the drop in the fertility rate and the reduction of mortality, as well as a change in the morbidity and mortality of the Brazilian population, with the reduction of the incidence of infectious diseases and increase of non-communicable chronic diseases (CNCDs). High Blood Pressure (HBP) and Diabetes Mellitus (DM) are the main representatives, mainly affecting the elderly population, reducing the functional capacity of these individuals. The health system operates as a network of integrated care, follow-up of this activity involves, then, not only the UBS, but the individual and the social environment in which it is inserted, represented mainly by family component, which is important for the maintenance of adequate care and proper adherence to treatment plan established. To train the family in elderly patients with chronic non-communicable diseases, with a focus on hypertension and diabetes. Action Research in the BHU Jenipapeiro I, in the municipality of Aracoiaba-CE. Completion of training workshops for family members of elderly people suffering from chronic diseases, especially hypertension and DM, with themes pre-established by ESF and led by a doctor or nurse, as well as the organization of discussion groups and health education for the elderly with hypertension and DM, both occurring every fortnight. To amplify the strategy, preparation of program Healthy Life, with the support of Physical Educator of the NASF, for the promotion of physical activity for older people weekly. Reduction of cardiovascular risk and the incidence of injuries by HBP and DM in the medium and long term, as well as a greater understanding of the importance of self-care and participation in family therapy, with greater acceptance guidelines passed by ESF, with consequent greater adherence to treatment.

Keywords: Hypertension. Diabetes Mellitus. Aged.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	PROBLEMA.....	13
3	JUSTIFICATIVA.....	14
4	OBJETIVOS.....	16
4.1	OBJETIVO GERAL.....	16
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	16
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
6	METODOLOGIA.....	21
7	CRONOGRAMA.....	24
8	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	25
9	RESULTADOS ESPERADOS.....	26
10	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
11	ANEXO.....	30

1 INTRODUÇÃO

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Há, no entanto, significativas diferenças, quando se fala do processo de envelhecimento populacional, entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Segundo Mendes (2012), o Brasil vive, nesse início de século, uma situação que combina uma transição demográfica acelerada e uma transição epidemiológica expressa na tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas.

Dessa forma, esse panorama está intrinsecamente relacionado ao envelhecimento populacional, que por sua vez é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade, bem como o aumento da esperança de vida ao nascer (BRASIL, 2007).

Essas condições crônicas tendem a se manifestar de maneira mais expressiva nos idosos e, frequentemente, elas estão associadas, podendo gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade dessas pessoas. Como já mencionado, vivenciamos um aumento da expectativa de vida, com uma maior exposição prematura a fatores de risco, associados à deficiência do sistema de saúde, seriam justificativas relevantes a se considerar quando falamos dessa significativa elevação do número de casos das DCNT.

Logo, é função das políticas de saúde contribuir com o processo de envelhecimento ativo e saudável, seja por meio de ações coletivas na comunidade ou com atividades de grupo. É fundamental a construção de um ambiente social e cultural mais favorável à população idosa, principalmente por meio da ESF.

Para Mendes (2012), a consolidação dessa estratégia encontra na epidemia de DCNT um enorme desafio. No entanto, fica claro que a ESF é um espaço privilegiado de intervenções de promoção da saúde, de prevenção das condições crônicas e de manejo dessas condições estabelecidas, no campo da clínica.

Diante desse contexto, a Hipertensão Arterial Sistêmica, HAS, e o Diabetes *Mellitus* tipo 2, DM2, podem ser consideradas como as DCNTs mais comuns em idosos, em vista da elevada prevalência de 52,5% e 17,4%, respectivamente. (KRAUSE et al, 2009).

Dados levantados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, apontam que o DM aumenta de acordo com a idade da população, uma vez que 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença. Com relação aos resultados regionais da pesquisa, Fortaleza foi a capital com maior número de pessoas com Diabetes, com 7,3% de ocorrências. (BRASIL, 2013).

Quanto a Hipertensão, a realidade não é diferente. Na faixa etária de 60 a 69 anos, sua prevalência chega a mais de 50%, sendo de 75% nos indivíduos com mais de 70 anos. A HAS, além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal.

Juntas, HAS e DM 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 submetidas à diálise. (BRASIL, 2013).

Dessa maneira, desde a Declaração de Alma Ata e da Carta de Ottawa, o conceito de saúde e a forma como se estruturaram os sistemas de saúde foram modificados, buscando uma relação mais horizontal da população com o sistema de saúde. Um resultado de todo esse processo são as redes de Atenção à Saúde (RAS), que são fundamentais para a coordenação e integração dos serviços e ações de saúde, bem como para a integralidade e a qualidade do cuidado. Uma RAS consiste na organização do conjunto serviços e ações de varias densidades tecnológicas que, integradas por meio de estruturas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir o cuidado integral. (BRASIL, 2014).

Esses serviços de saúde são constituídos de pontos de atenção à saúde, simbolizados dentro do SUS pelas Unidades Básicas de Saúde quando falamos de atenção primária. Assim, de acordo com os princípios e diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, o atendimento deve ser humanizado, centrado no usuário e em suas necessidades e realizado por uma equipe multiprofissional. (BRASIL, 2014).

Segundo Mendes (2012), o modelo de atenção à doença crônica é composto por dois grandes grupos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Já em relação em comunidade, é essencial que haja uma articulação do sistema de saúde com os recursos que ela pode prover. Esses elementos apresentam uma relação entre si que permitem desenvolver usuários informados e ativos, bem como uma equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população.

Dentro desse contexto, tendo em vista uma equipe multiprofissional, os enfermeiros têm responsabilidade importante na educação dos pacientes sobre seus problemas de saúde, autocuidado e prevenção de danos. A tradição de educar os pacientes sobre a importância de seus cuidados com a saúde torna o enfermeiro um componente chave para a qualidade do cuidado, principalmente no âmbito das doenças crônicas. (FRANZEN et al, 2007)

A assistência de enfermagem para a pessoa com DM e HAS, por exemplo, precisa ser voltada para um processo de educação em saúde, auxiliando o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, reforçando sua percepção de risco à saúde. É essencial que ele desenvolva habilidades para superar problemas, mantendo a maior autonomia possível e sendo corresponsável pelo seu cuidado. (BRASIL, 2007)

O cuidado, então, não é responsabilidade apenas da ESF, pois deve ter participação ativa do indivíduo e da família para que as metas terapêuticas pré-estabelecidas sejam atingidas. Uma falha nesse atendimento integral pode ser crucial para que o paciente, especialmente o idoso, não adira ao tratamento.

Segundo Almeida et al. (2007), os idosos, convivendo frequentemente com doenças crônicas, utilizam em grande escala os serviços de saúde e tem um alto consumo de medicamentos. O avanço tecnológico permitiu o desenvolvimento de tratamentos comprovadamente úteis para a prevenção e o controle das doenças crônico-degenerativas. No entanto, tais tratamentos exigem significativas mudanças nos hábitos de vida e sua eficácia é dependente, em suma, da adesão dos indivíduos a eles.

Assim, quando se trata do paciente idoso, essa questão é particularmente importante, uma vez que é grande a repercussão da não adesão nesse grupo etário, tanto no controle dos sintomas, quanto na manutenção da capacidade funcional, tendo importantes implicações em sua qualidade de vida. (ALMEIDA et al, 2007)

O que observamos na prática médica é a falta de capacidade das famílias para cuidar, principalmente de pessoas que vivenciam condições crônicas. Elas enfrentam dificuldades que perpassam pelo âmbito cultural, à falta de conhecimento técnico e pouca orientação. A própria doença crônica e suas características tendem a causar alterações no sistema familiar. Dessa forma, o presente projeto de intervenção visa a capacitação desses familiares de usuários com doenças crônicas, principalmente os de elevado risco cardiovascular, buscando desmistificar medos e os incluir no processo de cuidado.

2 PROBLEMA

O plano de intervenção será delineado para a resolução do seguinte problema: altos índices de risco cardiovascular na população idosa da localidade Jenipapeiro, no município de Aracoiaba.

Foi observado que esse alto risco cardiovascular é uma consequência, principalmente, da dificuldade enfrentada pela equipe de saúde da família no controle adequado da pressão e dos índices glicêmicos nos pacientes hipertensos e diabéticos, respectivamente.

Um dos principais fatores que contribuem para isso é a baixa taxa de adesão à terapêutica estabelecida pela ESF. Inúmeros pacientes esboçam medo do uso de medicação diária, sendo isso associado ao fato de haver mínima participação familiar no processo de cuidado desse indivíduo.

É evidente, para grande parte dos pacientes, principalmente para os idosos, que o cuidado é de responsabilidade quase que exclusiva da ESF, não havendo uma adequada apreensão do próprio papel, bem como o da família, no contexto que eles estão inseridos, com o autocuidado e mudança no estilo de vida. Há ainda dificuldades inerentes aos pacientes, como a falta locais adequados para prática de atividade física.

3 JUSTIFICATIVA

Segundo dados do DATASUS (2013), as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por quase um terço óbitos daquele ano, atingindo quase 350 mil pessoas, representando a principal causa de morte no Brasil.

Dos fatores potencialmente controláveis, HAS e DM são críticos do ponto de vista da saúde pública. A hipertensão, por exemplo, tem alta prevalência e baixas taxas de controle, com a mortalidade por DCV aumentando progressivamente em níveis pressóricos acima de 115/75 mmHg (BRASIL, 2006).

Para Silva et al, 2007, o panorama do Diabetes no Brasil é semelhante ao da HAS. Em pacientes diabéticos, o risco relativo de morte por DCV, ajustados para a idade, é cerca de três vezes maior do que para a população em geral.

Percebe-se, assim, que é necessário um controle dos fatores de risco com o intuito de se reduzir a ocorrência de agravos, bem como a sobrecarga do sistema de saúde. Há consenso sobre a importância da adoção de estratégias de atenção integral, cada vez mais precoces ao longo da vida, focadas na promoção da saúde e na prevenção de HAS e DM, bem como de suas complicações (BRASIL, 2008).

Dessa maneira, a atenção básica, em sua importante atribuição de ser a porta de entrada do sistema de saúde, tem o papel de reconhecer o conjunto de necessidades em saúde, buscando organizar as respostas de forma adequada e oportuna. Particularmente para as doenças crônicas, principalmente as circulatórias, o desafio é ainda maior, pois são condições muito prevalentes, multifatoriais e que exigem uma abordagem, para ser efetiva, de diversas categorias de profissionais, bem como do protagonismo dos indivíduos, suas famílias e da comunidade. (BRASIL, 2014)

Por tudo isso, ações coordenadas, seguindo uma linha de cuidado voltada para a pessoa, são de grande importância. Segundo estudo realizado Fecho e Malerbi (2004) com o objetivo de verificar se um programa de atividade física teria resultado em um grupo de diabéticos habitualmente sedentários, metade dos quais com mais de 60 anos, constatou que as mudanças no comportamento mais significativas se deram em pacientes cujos familiares tiveram um maior envolvimento no programa.

Seguindo essa linha, também foi constatada a influência positiva do autocuidado do idoso com o apoio da família no tratamento da hipertensão arterial. Chegou-se a conclusão que ela atua como um suporte para o idoso, ajudando no controle da pressão e na adesão às modificações no estilo de vida recomendadas para o idoso hipertenso. (ALMEIDA et al, 2007)

As intervenções sobre a população com fatores de risco para adoecer precisam ser dirigidas a dar suporte e apoio às mudanças de estilo de vida e das “escolhas” determinadas socialmente. Podem ser estruturadas a populações ou a indivíduos, a partir da estratificação de risco, para que a rede de serviços de saúde e dos outros setores possa ofertar a atenção correta às distintas necessidades das pessoas, com custo-efetividade e qualidade assistencial. Essas medidas precisam ser efetivas, seguras e aceitas pelos indivíduos, e seu custo deve ser possível tanto para os serviços de saúde como para as pessoas. (BRASIL, 2014)

Intervir nesse aspecto é essencial para que haja uma modificação no autocuidado e uma amenização da sobrecarga do sistema de saúde, uma vez que capacitando familiares nós também promovemos a saúde. A busca é tirar o foco exclusivo da doença e abranger um espectro cada vez mais amplo, voltado para a pessoa e os diversos aspectos que a circundam, afinal, não tratamos a doença de uma pessoa, mas sim uma pessoa doente.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Capacitação da família de idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, com foco na hipertensão e diabetes.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar oficinas de capacitação quinzenais com os cuidadores e familiares dos idosos portadores de doença crônica acompanhados pela Unidade de Saúde da comunidade do Jenipapeiro nº 1, Aracoiaba-Ce
- Criar grupos de educação em saúde com atividades criativas para idosos hipertensos e diabéticos com encontros quinzenais na Unidade de Saúde da Jenipapeiro nº 1, Aracoiaba-Ce
- Promover uma socialização dos idosos, semanalmente, por meio de práticas de atividades físicas e orientações nutricionais em espaço aberto em local adequado a ser determinado na localidade Jenipapeiro nº 1, Aracoiaba-Ce

5 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Nasri (2008) a transição demográfica encontra-se em diferentes fases ao redor do mundo. Em conjunto com a transição epidemiológica, resulta no principal fenômeno demográfico do século 20, conhecido como envelhecimento populacional. De acordo com Kuchemann (2011) o Brasil envelhece a passos largos, já que em 2011, a população idosa era de 20,5 milhões, correspondente a 10,8% do total de habitantes. De acordo com Beltrão, Camarano e Kanso (2004), espera-se que o contingente de idosos, em 2020, seja de 30,9 milhões, representando 14% da população brasileira.

Para Nasri (2008) ao contrário do que se imagina comumente, o processo de envelhecimento populacional resulta do declínio da fecundidade e não da redução dos índices de mortalidade. Já no Manual de envelhecimento e saúde do idoso, do ministério da saúde (2006), o envelhecimento não só é atribuída a redução da fecundidade, como também da mortalidade e do aumento da esperança de vida.

Kuchemann (2011) afirma que o envelhecimento populacional apresente duas facetas. Por um lado, é uma conquista pelo ponto de vista da melhora da saúde e das condições gerais de vida, como a redução da taxa de fecundidade, queda da mortalidade infantil, hábitos alimentares mais saudáveis e maior cuidado com o corpo. No entanto, o mesmo idoso também é propenso a desenvolver doenças crônicas não transmissíveis, deixando-o com baixa autonomia, ou seja, dependente dos cuidados.

Para Alves et al. (2007), apesar de o processo de envelhecimento não estar, necessariamente, atrelado a doenças e incapacidades, as doenças crônicas não transmissíveis são frequentemente encontradas na população idosa. Assim, a tendência é que tenhamos indivíduos idosos apresentando mais condições crônicas mesmo tendo uma expectativa de vida maior.

É sabido que as DCNT constituem um problema sério de saúde pública, seja o país rico ou de média e baixa renda. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima as DCNT são responsáveis por 58,5% das mortes que ocorrem no mundo. Esse tipo de doença é caracterizada por ter uma etiologia múltipla, com inúmeros fatores de risco, sendo silenciosa e de curso prolongado. Seu crescimento está muito associado ao estilo

de vida do indivíduo. Elas requerem uma abordagem sistemática para tratamento, exigindo novas estratégias dos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Por serem de etiologia múltipla, fica difícil definir sua etiologia, no entanto, os fatores de risco podem ser identificados como não modificáveis, como sexo, idade e herança genética, e comportamentais, como tabagismo, alimentação, sedentarismo, consumo de álcool e outras drogas. Pela OMS, as DCNT são definidas como as cerebrovasculares, cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas, asma e neoplasias.

Temos, como exemplos de principais doenças crônicas, principalmente no âmbito da atenção primária, a Hipertensão e o Diabetes.

O termo diabetes mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, tendo como principal característica os níveis elevados de glicose, bem como distúrbios na metabolização de carboidratos, proteínas e gorduras, podendo ser decorrente de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRASIL, 2013).

Já a Hipertensão, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), representa uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA maior ou igual a 140x90 mmHg). Associa-se frequentemente, a lesões de órgão alvo e alterações metabólicas, com aumento do risco cardiovascular.

Assim, de acordo com Alves et al. (2007), é perceptível que o aumento no número de doenças crônicas está diretamente relacionado com a maior incapacidade funcional. O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem importantes implicações para a família, a comunidade, o sistema de saúde e o próprio idoso, pois ele fica mais vulnerável, tendo queda da qualidade de vida e redução do bem-estar.

Dessa maneira, segundo Kuchemann (2011), cuidar ou ser cuidado passa a ser uma questão central na vida. Em países desenvolvidos, no qual o envelhecimento populacional tem ocorrido mais lentamente, há uma rede de suporte a familiares e cuidadores de idosos com doenças crônicas, provendo insumos para o cuidado e remuneração para suprir os gastos com a assistência. No Brasil, serviços de apoio desse tipo ainda são raros, principalmente por não haver uma política referente aos papéis

atribuídos às famílias e ao apoio que cabe a uma rede de serviços ao idoso dependente e aos seus familiares.

Ainda segundo Kuchemann (2011), para que os idosos brasileiros permaneçam no convívio familiar com um atendimento de qualidade, os cuidadores familiares de idosos dependentes deveriam ser alvo de orientação, capacitação e supervisão. Deveriam receber visitas domiciliares periódicas das ESF. Ademais, ao serem propostos cuidados familiares, haveria de ser feito uma análise da estrutura familiar na qual o idoso está inserido, pois algumas famílias não estão aptas a prover o cuidado adequado.

Segundo Freire (1999), uma das formas de capacitar essas famílias seria por meio da metodologia da problematização, a qual privilegia uma integração entre a prática do ensino, serviço de saúde e a comunidade, tendo como eixo norteador o processo de trabalho em saúde e os determinantes do processo gerador de saúde e doença.

Para Bordenave (1999), não seria correta a simples transferência de conhecimento, com a verticalidade do ensino. É necessário ter noção de práticas pedagógicas, comunicação, ânimo e boa vontade.

A ideia, então, é que o grupo produza e aprenda com o próprio conhecimento. É um processo de construção de um saber coletivo com o fim de intervir e de transformar a realidade (CAPUTO; TAVARES, 2001).

Segundo Cardoso, Moraes e Velôso (2005), a aplicação de uma metodologia problematizadora baseada na criatividade, na participação de grupo, buscando vivenciar a realidade do paciente idoso com diabetes, tornou os encontros mais dinâmicos e enriquecedores, já que havia um compartilhamento de experiências, com práticas de oficinas de colagem e educação em saúde. Além disso, percebeu-se uma apreensão melhor da doença ao se introduzir práticas de socialização, promovendo passeios com familiares e profissionais de saúde a praias, onde era incentivada a prática de atividade física, por exemplo. Houve melhora no controle glicêmico, maior adesão ao tratamento, maior conhecimento sobre a doença, melhor integração com a equipe de saúde e baixo índice de complicações e internamentos.

Para Cardoso, Moraes e Velôso (2005), o papel dos educadores, enquanto profissionais de saúde, vai além da prática de uma metodologia, desenvolve-se um

processo de construção de saber coletivo visando a um cuidado humanizado com o objetivo de intervir e humanizar, tentando transformar a realidade de cada indivíduo.

6 METODOLOGIA

O estudo apresentado do tipo pesquisa-ação, que, segundo Tripp (2005), representa um tipo de investigação-ação, seguindo um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela. Planeja-se, implementa-se, descreve-se e avalia-se uma mudança para a melhora de sua prática, aprendendo mais, no correr do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação.

A pesquisa será realizada em um período de 6 meses, iniciando no dia seis de abril e sendo finalizado em 31 de agosto, na Unidade Básica de Saúde da localidade do Jenipapeiro nº 1, no município de Aracoiaba-Ce.

A ESF da localidade do Jenipapeiro é constituída por um médico, dois agentes comunitários de saúde (ACS), dentista, enfermeira, uma atendente médica, um técnico de enfermagem, um atendente de dentista, um auxiliar de serviços gerais e um motorista com veículo para demandas da ESF. Há ainda apoio do NASF, que conta com uma equipe composta de nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta e educador físico.

A ESF busca viabilizar as atividades na construção do Plano de Ação, fortalecendo os vínculos no interior da equipe, sempre buscando parcerias com as lideranças da comunidade. Estão cadastrados 34 usuários diabéticos e 86 usuários hipertensos. As visitas domiciliares ocorrem quinzenalmente, programadas pelos ACS. Ainda existem muitas dificuldades com a adesão dos pacientes no uso adequado as prescrições e orientações médicas e da enfermagem.

As consultas são agendadas nas unidades por demanda espontânea, priorizando os idosos, as crianças de colo, as gestantes, os pacientes com deficiência e os casos de emergências. São feitas reuniões de acolhimento em todos os atendimentos antes do início das consultas, com informes sobre educação em saúde na área médica e na área de enfermagem, orientação quanto à terapêutica da HAS e Diabetes Mellitus nos idosos. Em reunião com membro do Conselho Local de Saúde, foi colocado a dificuldade de participação das pessoas nas reuniões de interesses da comunidade. Segundo o mesmo, existem muitas divisões e interferências por questões políticas locais.

Farão parte do estudo cuidador familiar e idoso portador de hipertensão, diabetes ou ambos. Para a determinação de quais idosos e cuidadores participarão, haverá uma

listagem com os dados cadastrais dos idosos portadores de HAS e DM, com sua respectiva numeração, com levantamento de endereço para respectiva visita domiciliar.

Inicialmente será realizada uma entrevista com o cuidador familiar ou com um membro do núcleo familiar do paciente para que se tenha percepção da necessidade de informação quanto às doenças crônicas.

A entrevista será realizada pela ACS, com perguntas gerais a respeito do que é hipertensão, diabetes e de possíveis complicações, bem como a respeito da importância da medicação para o controle da doença. O roteiro de perguntas segue em anexo.

Após a entrevista, o cuidador familiar ou algum componente do núcleo familiar do paciente será convidado pela ACS a participar da Oficina de Capacitação na Unidade de Saúde da localidade do Jenipapeiro nº 1, em dia pré-estabelecido e fixo. O convite poderá ser reforçado pelas ACS sempre que possível, bem como pelos líderes comunitários.

Além disso, os idosos também deverão ser convidados, pelas ACS ou líderes comunitários, a participarem de um grupo de educação em saúde de encontros mensais, que deverão ser realizados em uma escola anexa a unidade de saúde. A data a ser estabelecida buscará coincidir com o dia do atendimento do maior número de idosos, para facilitar a adesão.

A oficina será realizada por um médico e uma enfermeira a respeito de temas básicos, como:

- Importância de uma alimentação saudável para o idoso com doença crônica
- Importância da atividade física para o idoso com doença crônica
- O que é HAS e DM? Como reconhecer sinais básicos de complicação?
- Educação Antitabagismo
- Importância do tratamento medicamentoso para o idoso com doença crônica
- O papel da família no cuidado do paciente idoso acamado e com doença crônica

O médico ou a enfermeira, na semana anterior, já devem iniciar a construção da atividade, apresentando-a para a coordenadora da UBS para aprovação

Os grupos de educação em saúde com os idosos deverão ser liderados pela enfermeira ou pelo médico, focando no relato de experiências dos pacientes com a doença, desde o dia do diagnóstico, passando por possíveis complicações ou mudanças no estilo de vida que foram necessárias.

Atividades como vídeos educativos, oficinas de colagem ou outras técnicas de aprendizagem poderão ser realizadas para criar uma dinâmica dentro do grupo, ficando a critério do líder estabelecer a data e a organização da atividade no dia.

Após cada oficina e grupos de educação em saúde deverá ser feito um relatório a respeito da percepção da apreensão do grupo quanto aos temas abordados, apontando aspectos positivos e negativos e registrando a atividade de maneira descritiva.

Além disso, semanalmente, com os dias a se determinar, realizar o espaço vida saudável, na quadra da localidade Jenipapeiro 1, com atividades físicas específicas para os pacientes idosos, liderado pelo educador físico do NASF, como forma de socialização para os pacientes idosos portadores de HAS, DM ou ambos.

De acordo com os aspectos éticos, a cada participante será garantido a liberdade de participar ou desistir a qualquer momento.

7 CRONOGRAMA

Todas as atividades serão realizadas no ano de 2015.

Atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Oficina de capacitação dos familiares/ Cuidadores	06/04	20/04	04/05	18/05	01/06	15/06	29/06	06/07	20/07	03/08	17/08	31/08
Grupo de Educação em Saúde para os Idosos	08/04	22/04	06/05/	20/05	03/06	17/06	01/07	15/07	29/07	12/08	26/08	09/09
Espaço Vida Saudável*												

*O espaço vida saudável depende da localização adequada para se realizar a atividade.

Na localidade, há uma quadra poliesportiva em construção, sendo o local ideal, no entanto, a obra ainda não se encontra finalizada.

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Para as oficinas de capacitação dos familiares, faz-se necessário, de início, que um Enfermeiro ou Médico esteja disponível para a realização da atividade. Além disso:

- Retroprojeter
- Lousa e Pincéis Atômicos
- 30 cadeiras
- Sala de reunião
- Computador

Para a realização das atividades em grupo com os idosos, além do líder da discussão, um médico ou uma enfermeira disponível:

- Retroprojeter
- Lousa e Pincéis Atômicos
- Computador
- 30 cadeiras
- Sala de Reunião
- Papel A4

Para a realização do Espaço Vida saudável:

- Educador Físico
- Caixa de Som com Reprodutor de CD
- Microfone
- Local amplo e ventilado

9 RESULTADOS ESPERADOS

A partir do final da realização da capacitação, é esperado que houvesse uma redução, em longo prazo, do risco cardiovascular global, bem como a diminuição da incidência de agravos em decorrência de HAS e DM.

Além disso, a divisão de experiência em grupo, por parte dos idosos, deve ter resultado positivo na qualidade de vida desses indivíduos, melhorando a confiança do usuário na ESF e aprimorando a adesão ao tratamento.

Segundo Almeida et al (2007), a forma como os profissionais de saúde interagem e se comunicam com os pacientes é um importante determinante da adesão ao tratamento.

White, citado por Almeida et al (2007), afirma que 25% dos benefícios terapêuticos derivados da prática médica não estão ligados a capacidade técnica dos médicos ou aos efeitos dos medicamentos.

Logo, a tendência é que, após práticas que integrem a família e o idoso dentro do serviço de saúde, com compartilhamento de experiências e conhecimentos a respeito desse processo saúde-doença, haja uma maior autocuidado, uma vez que ele irá conhecer a sua condição.

10 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Helcia Oliveira de et al. Adesão a Tratamento entre Idosos. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, p.57-67, jan. 2007.

ALVES, Luciana Correia et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 23, p.1924-1930, ago. 2007.

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. *Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX*. Rio de Janeiro: IPEA, 2004a (Texto para Discussão, 1.034).

_____. “Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não-esperados dos avanços da Seguridade Rural”. **Trabalho apresentado no I Congresso da Associação Latino-Americana de População, realizado em Caxambu, MG, de 18 a 20 de setembro. 2004b.**

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações em Saúde. *Mortalidade Geral, 2013*. Disponível na internet: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def> Acesso em 20 de jan. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Caderno de Atenção Básica

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Caderno de Atenção Básica

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Caderno de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Caderno de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Caderno de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de sistema único de saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Estatística e Informação em Saúde.

CARDOSO, Maria Angelica Reis et al. Ações Educativas Vivenciadas Junto a Pacientes Idosos: relato de experiência. **Sitientibus**, Feira de Santana, v. 1, n. 33, p.41-51, jan/dez. 2005.

CARREIRA, Lígia. **Cuidado da família ao idoso portador de doença crônica: análise do conceito na perspectiva da família**. 2006. 242 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

DANTAS, André de Oliveira. **Hipertensão Arterial no Idoso: Fatores dificultadores para a adesão ao tratamento medicamentoso**. 2011. 31 f. TCC (Graduação) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2011.

FECHIO, J.J; MALERBI, F.E.K. Adesão a um programa de atividade física em adultos portadores de diabetes. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, 48 (2): 267-275. 2004.

FRAZEN, Elenara; ALMEIDA, Miriam de Abreu; ALITI, Graziella. Adultos e Idosos com Doenças Crônicas: Implicações Para o Cuidado de Enfermagem. **Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p.28-31, jan. 2007.

KRAUSE, Maressa Priscila et al. Prevalência de Obesidade, Hipertensão e Diabetes Mellitus Tipo 2 em Mulheres Idosas. **Revista da Educação Física**, Maringá, v. 20, n. 1, p.69-76, jan / mar. 2009.

KUCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento Populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27, n. 1, p.165-180, jan/abr. 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2012. 512 p..

MENDES, Telma de Almeida Busch et al. Diabetes Mellitus: Fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p.1233-1243, jun. 2011.

NASRI, Fabio. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, São Paulo, v. 6, n. 1, p.4-6, jan. 2008.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Prevalência de Diabetes e Hipertensão no Brasil baseado em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, Porto Alegre, v. 43, n. 2, p.74-82, ago. 2009.

SILVA, R.C. P; SIMOES, MJS; LEITE, AA; Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares em Idosos com Diabetes Mellitus tipo 2. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básicas e Aplicada**, São Paulo, v. 28, n. 1, p.113-121, 2007.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p.443-466, set/dez. 2005.

VICTOR, Janaína Fonseca; VIEIRA, Neiva Francenly Cunha. Atividades Educativas com Grupos de Idosos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 3, n. 6, p.105-111, set/dez. 2005.

11 ANEXO

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO

Nome do entrevistador: _____ Nº: _____

Data da entrevista: ___/___/___ Horário da entrevista: _____

Início: _____ Término: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

1-Nome: _____ 2-Idade: _____

3-Data de Nascimento: ___/___/___ 4-Sexo: M () F ()

5-Telefone: _____

6-Endereço: _____ 7-Bairro: _____

7-Você é responsável pelos cuidados de uma, ou mais de uma, pessoa idosa?

() Sim () Não Se Sim, quantas pessoas? _____

Quais os nomes? _____

8-Qual o grau de parentesco? _____

9-Você é a única pessoa que ajuda o idoso? () Sim () Não

10-O Idoso que você ajuda mora com você atualmente? () Sim () Não

Caso **não**, o idoso já morou com você? () Sim () Não

Caso **não**, como você se sente quanto à possibilidade do idoso morar com você?

11-Você sabe ler e escrever? () Sim () Não

Se Sim, qual seu grau de escolaridade: _____

12-Você tem alguma religião? () Sim () Não

Se sim, qual? _____

13-Quais das seguintes características você considera como sendo típicas da velhice?

() Diminuição da capacidade física () Solidão; Depressão

() Mudanças na aparência () Problemas de saúde () Diminuição de raciocínio ()
Ser dependente () Outras: _____

14-O que mais te preocupa quanto ao envelhecimento da pessoa que você cuida?

15-O que você faz como cuidador e qual o significado pra você de exercer esse papel?

16-O que é cuidar para você?

17- Você sabe o que é Hipertensão?

18- A Hipertensão é uma doença para a vida toda? () Sim () Não

19- A Hipertensão pode ser controlada com dieta e/ou medicamentos? () Sim () Não

20-Você pode citar dois ou mais órgãos/partes do corpo que podem ser afetados por
pressão elevada?

21-Você sabe o que é Diabetes?

22-A Diabetes é uma doença pra vida toda? () Sim () Não

23-A Diabetes pode ser controlada com dieta e/ou medicamentos? () Sim () Não

24-Você pode citar dois ou mais órgãos/partes do corpo que podem ser afetados por
glicose no sangue elevada?

25-Você acha que atividade física é algo importante no tratamento da Hipertensão e/ou Diabetes? () Sim () Não

25-Sabe o nome de todos os medicamentos prescritos? () Sim () Não

27-Sabe pra que servem os medicamentos prescritos? () Sim () Não

28-Quando se encontra bem, o idoso deixa de tomar os medicamentos prescritos?

() Sim () Não