

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)  
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)  
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS  
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

**IMPLEMENTAÇÃO DO RECEITUÁRIO INTERATIVO NA COMUNIDADE  
PONTA DA SORVA – MUNICÍPIO DE TEFÉ-AM**

JONATHAN SOUZA LIMA

Orientador (a): Ana Luisa Opromolla Pacheco

Área temática: Atenção Primária

**Manaus - AM**

**2020**

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)  
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)  
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS  
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

**IMPLEMENTAÇÃO DO RECEITUÁRIO INTERATIVO NA COMUNIDADE  
PONTA DA SORVA – MUNICÍPIO DE TEFÉ-AM**

Trabalho realizado para conclusão do curso de Especialização de Medicina de Família e Comunidade. Visa fazer um levantamento e análise crítica das informações recebidas durante o período de curso por meio de um Portfólio, além de elaborar um projeto de intervenção.

Orientador(a): Ana Luisa Opromolla Pacheco

JONATHAN SOUZA LIMA

**Manaus - AM**

**2020**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	05
2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE.....	06
3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	07
4. CASO CLÍNICO.....	12
5. ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	16

## RESUMO

O presente portfólio representa a conclusão do curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade. Foi realizado a apresentação do autor do portfólio, em seguida de um mapa que caracteriza o município de Tefé, onde fora realizado o projeto. Um diagnóstico situacional foi realizado, evidenciando características locais e do processo de trabalho da equipe de saúde em questão. Após, foi elaborado um estudo de caso, evidenciando o problema principal abordado na intervenção. A proposta de intervenção foi baseada em um problema de saúde pública muito discutido atualmente, referente a Doenças Crônicas Não Transmissíveis, especificamente sobre a adesão ao seu tratamento, o qual é dificultado em comunidades que possuem muitas vulnerabilidades como a abordada no presente projeto. O mesmo propôs soluções para atingir objetivos específicos que visam o aumento da adesão ao tratamento de portadores de doenças crônicas em uso contínuo de fármacos.

**Palavras-chave:** atenção primária de saúde; doenças crônicas; longitudinalidade; adesão ao tratamento

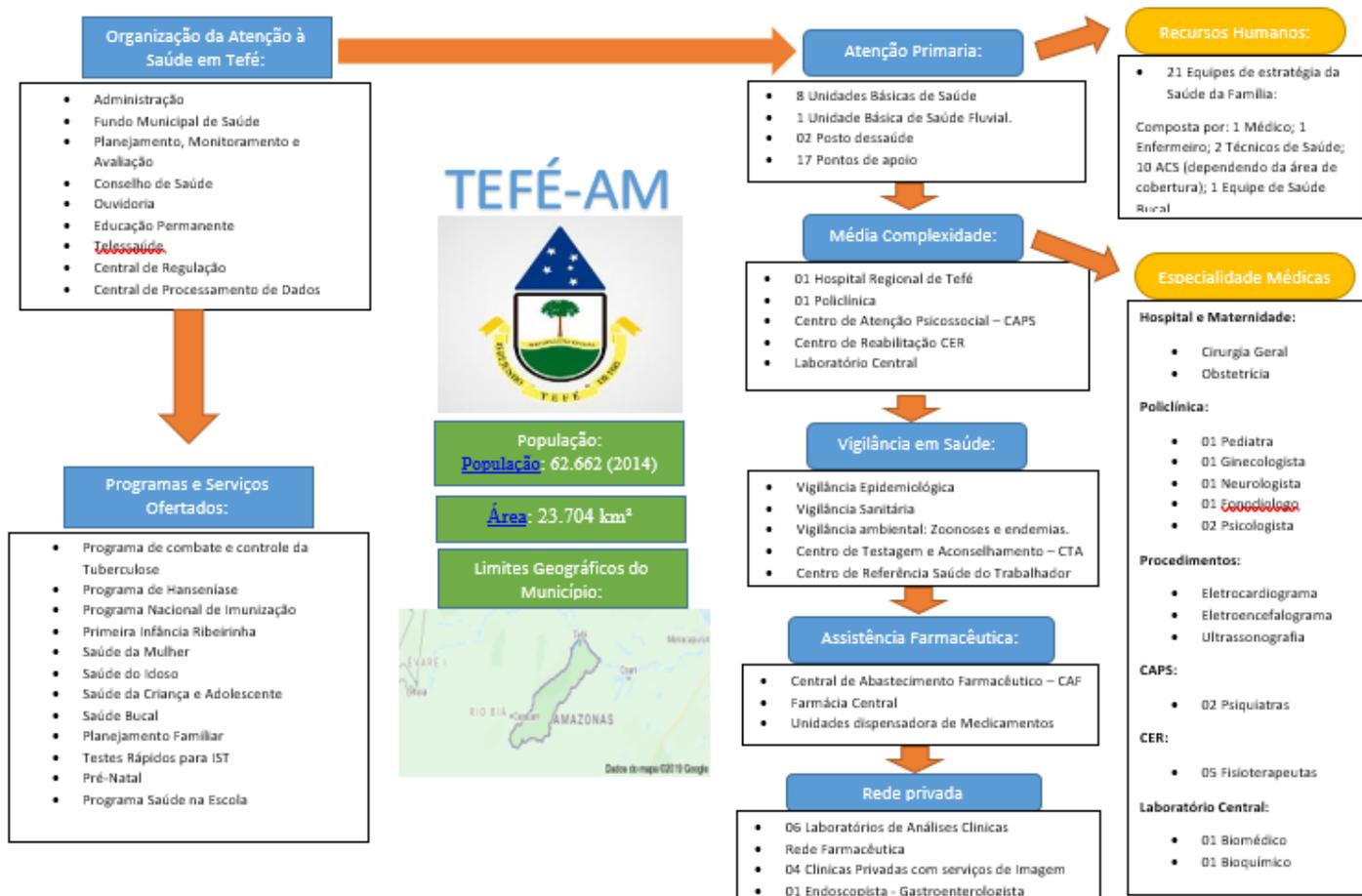
## **1. APRESENTAÇÃO**

Eu sou Jonathan Souza Lima, natural de Manaus –Amazonas, tenho 33 anos, formei no ano de 2018, na Universidade Cristiana de Bolívia – UCEBOL, essa é a minha primeira experiência na área, estou atuando na zona rural do município de Tefé –AM, localizado a 532 km da capital Manaus, e como o povo gosta de dizer por aqui, no coração do nosso estado.

O programa mais médico representa para mim, a porta de entrada para o mercado de trabalho, a possibilidade de obter conhecimentos e uma especialidade, e a oportunidade de ganhar experiência. Mas minha motivação maior é poder demonstrar na prática os conhecimentos obtidos durante a minha formação acadêmica, e a satisfação de poder ajudar meus pacientes.

## 2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

MAPA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TEFÉ - AMAZONAS



### 3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

#### UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLUVIAL VILA DE EGAS

A unidade básica de Saúde Fluvial Vila de Egas, no município de Tefé, possui 21 comunidades sob sua responsabilidade, as quais vivem a margem dos rios Tefé e Curumitá.

Algumas dessas comunidades são aglomerados de famílias menores que abandonam a sua comunidade natural e vão para outro território, porém continuam subordinados à sua comunidade de origem.



#### DESINDADE DEMOGRAFICA:

- NO TOTAL SÃO ATENDIDAS EM TORNO 1.612 PESSOAS;
- HOMENS: 807 MULHERES: 672
- MULHERES (25 A 64): 214
- GESTANTE: 34
- DIABETES: 18
- HIPERTENSOS: 56
- ALCOOLISTA: 171
- TABAGISTA: 133

A comunidade Piraruaiá mais populosa fica há mais de 2 horas de barco do município, a qual possui cerca de 200 pessoas.

No geral, as comunidades são formadas por pessoas de uma mesma família, que possuem na agricultura e pesca sua fonte de renda. O predomínio da mandioca e da farinha na agricultura, forma a principal subsistência das famílias.

Os ribeirinhos vivem em casas de madeira e em lugares altos, como modo de prevenção nas épocas de cheia do rio. Desse modo, pode inferir-se que o principal transporte é fluvial, com utilização de canoas e motores de polpa.

As distâncias são problemas enfrentados pelas comunidades, assim como pelos serviços prestados, uma vez que algumas, mais distantes, levam em média 2 dias para chegar ao local.

O itinerário dura em média 15 dias e se inicia subindo o rio Tefé até a comunidade Vila Moura, a partir disso segue para cada comunidade com os atendimentos.

### PROGRAMAS E SERVIÇOS OFERECIDOS:

- ATENDIMENTO MÉDICO
- ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO
- PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO
- TESTES RÁPIDOS PARA RASTREIO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (HIV, SIFILIS, HEPATITE B e C);
- TESTE DE GRAVIDEZ
- PUERICULTURA
- PRE NATAL
- PAPANICOLAU
- PROCEDIMENTOS (INALAÇÃO, SUTURA, CURATIVOS, ELETROCARDIOGRAMA)
- PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA
- PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL
- PROGRAMA SAÚDE DO IDOSO
- CONTROLE DE HIPERTENSÃO (PACIENTES COM HAS E DIABETES, É FEITO O CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL E GLICEMIA, RENOVAÇÃO DE RECEITA)

### PROCESSO DE TRABALHO:

- ACS RESIDEM NA COMUNIDADE DE ATUAÇÃO;
- VACINAÇÃO A PARTIR DA VISUALIZAÇÃO DO CARTÃO DE VÁCINA;
- RODA DE CONVERSA COM A COMUNIDADE;
- ATENDIMENTOS ORGANIZADOS SEGUNDO DEMANDA LEVANTADA PELOS ACS E DEMANDA ESPONTÂNEA;
- VISITAS DOMICILIARES A SEGUIR PRIORIDADE;
- EXAMES REALIZADOS IN LOCO
- PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM TEMPO OPORTUNO;



VACINAÇÃO SENDO REALIZADA NA COMUNIDADE – AUTORIZADA PARA DIVULGAÇÃO

## VIGILÂNCIA:

- AVERIGUAÇÃO DOS CARTÕES DE VACINA;
- AFERIÇÃO DE PA;
- RASTREAMENTO DE CA DE COLO DE ÚTERO;
- GLICEMIA DE JEJUM;
- RASTREAMENTO DE IST COM TESTE RÁPIDO;
- MICROSCOPIA IN LOCO PARA MALÁRIA E OUTROS PARASITAS;
- NOTIFICAÇÕES IN LOCO (VIOLÊNCIA, ACIDENTE DE TRABALHO, TUBERCULOSE, HANSENIASE);
- AÇÕES PROGRAMÁTICAS (PRÉ NATAL, SAÚDE DA CRIANÇA, HIPERDIA)

## NOSSA UNIDADE FLUVIAL CONSTA COM UMA EQUIPE DA ESTRATEGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA E É COMPOSTA POR:

- 1 MÉDICO
- 2 ENFERMEIROS
- 1 GERENTE DA UNIDADE
- 1 CIRURGIÃ DENTISTA
- 1 BIOMÉDICO
- 1 ASSISTENTE SOCIAL
- 8 TÉCNICOS DE ENFERMAGEM
- 2 TÉCNICOS DE SAÚDE BUCAL
- CADA COMUNIDADE TEM SEU ACS (AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, QUE SÃO MORADORES DA PRÓPRIA COMUNIDADE)
- MICROSCOPISTA
- TRIPULAÇÃO DO Balsa Fluvial (COMANDANTE, CONTRAMESTRE, CHEFE DE MÁQUINA, AUXILIAR DE MÁQUINA, COZINHEIRA, AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS).



FOTO DA EQUIPE 21 EM SUA ÚLTIMA VIAGEM – AUTORIZADA PARA DIVULGAÇÃO

## **NOSSA ESTRUTURA FLUVIAL CONTA COM:**

- 1 CONSULTORIO MÉDICO
- 1 CONSULTORIO ODONTOLÓGICO
- 1 CONSULTORIO DE ENFERMAGEM
- 1 SALA DE PROCEDIMENTOS
- 1 SALA DE VACINAS
- 1 LABORATORIO DE ANÁLISES CLÍNICA
- 1 FARMÁCIA
- 1 RECEPÇÃO COM BANHEIROS
- 6 CAMAROTES
- 1 COZINHA
- 2 BANHEIROS

## **POTENCIALIDADES**

- ✓ EQUIPE CONCISA E DIVERSOS SETORES ATUANDO AO MESMO TEMPO;
- ✓ SINCRONIA DO TEMPO E OPORTUNIDADES DO SERVIÇO;
- ✓ DELIMITAÇÃO GEOGRÁFICA DAS COMUNIDADES;
- ✓ IDENTIFICAÇÃO MINUCIOSA DOS INDIVÍDUOS;
- ✓ TEMPO OPORTUNO PARA ATENDIMENTO INTEGRAL;
- ✓ MONITORAMENTO E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES;
- ✓ AÇÕES EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE.
- ✓ ESTRUTURA COM EQUIPAMENTOS NOVOS E QUE ATENDEM À DEMANDA
- ✓ RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS NA HORA
- ✓ ATENDIMENTO NA PORTA DA COMUNIDADE

## **FRAGILIDADES**

- ✗ MUDANÇA DE AMBIENTE HABITUAL DE TRABALHO;
- ✗ AUSÊNCIA DE ALGUNS INSUMOS ESSENCIAIS;
  - DEPENDENDO DA ÉPOCA DA VIAGEM, E DA DISPONIBILIDADE DE MATERIAL NA COORDENAÇÃO.
- ✗ OPORTUNIDADE ÚNICA DE ATENDIMENTO;
- ✗ DESGASTE DA EQUIPE POR TEMPO EXTENSO DE VIAGEM;

- GRANDE EXTENSÃO TERRITORIAL, E A DISTÂNCIA EM AS COMUNIDADES;
- ✘ AUSÊNCIA DE ESPAÇO DE REFERÊNCIA DA EQUIPE NA CIDADE DE TEFÉ.
  - EQUIPE FICA ESPALHADA POR DIVERSAS UBS DA CIDADE
- ✘ AUSÊNCIA DE MEIOS DE COMUNICAÇÃO

#### 4. CASO CLÍNICO

**IDENTIFICAÇÃO:** MBO, 58 anos, parda, do sexo feminino, nível médio completo, industriaria (aposentada), casada, evangélica, natural e procedente de Tefé/AM.

**QUEIXA PRINCIPAL:** Emagrecimento e “muita urina” há 3 meses

**HPMA:** Procurou atendimento na unidade Básica de Saúde pois refere que há três meses apresenta quadro de polaciúria associada perda ponderal de 8 kg e há duas semanas iniciou quadro de astenia progressiva com melhora ao repouso e piora com as atividades físicas, além de polidipsia progressiva e disúria, nega polifagia e outros sintomas.

**ANTECEDENTES PESSOAIS:** hipertensão arterial sistêmica sabidamente há cinco anos e em uso regular de Losartana 50 mg/dia, sem acompanhamento médico regular há dois anos; nega outras comorbidades; nega alergias medicamentosas.

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:** Realizou laqueadura há 31 anos, G2nP2A0, 02 cesarianas, paciente não sabe referir causa para realização de cesariana, menopausa aos 51 anos.

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** Diabetes (pai e mãe) e Hipertensão (mãe).

**HÁBITOS DE VIDA:** Refere realizar atividades domésticas como atividades diárias habituais, sedentária, fez uso de bebida alcoólica, fermentados por 23 anos, abstinência há 18 anos, ex-fumante de cinco cigarros/dia, abstinência há 18 anos. Nega uso de drogas ilícitas. Vida sexual ativa.

**CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS:** Reside em casa de madeira, sem saneamento básico

**EXAME FÍSICOS:** bom estado geral, lúcida e orientada em tempo e espaço, fácies atípica, acianótica, anictérica, afebril, normocorada, sem edemas, eupnéica

- peso: 85 kg
- estatura: 1,67 m,
- IMC: 30,4kg/m<sup>2</sup>
- PA: 130x90 mmHg.
- FR: 18irpm
- **CABEÇA E PESCOÇO:** Crânio normocéfalo. Ausência de retrações, cicatrizes e abaulamentos no couro cabeludo. Cabelos com implantação normal e sem infestações parasitárias. Face simétrica com mímica preservada. Ausência de lesões de pele. Ausência de alterações em globo ocular. Movimentos oculares preservados. Pavilhão auricular e conduto auditivo externo sem lesões ou secreções. Ausência de lesões ou linfadenomegalias.
- **TIREÓIDE:** tamanho normal, indolor, sem nódulos, móvel à deglutição
- **TÓRAX:** Tórax Atípico, eupnêico. Expansibilidade Preservada bilateralmente.mFTV Uniformemente palpável bilateralmente. Som Claro atimpânico à percussão. Múrmurio Vesicular universalmente audível s/ ruídos adventícios (MVUA s/RA).
- **CARDIOVASCULAR:** Bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos; pulsos simétricos e regulares; Ausência de turgência jugular
- **ABDOMÊ:** Ausência de lesões, ulcerações abaulamentos; ausência de circulação coletral, hérnias; RHA presentes; Palpação superficial e profunda sem alterações; Hepatimetria 10cm; baço não palpável, traube livre; percussão timpânica
- **MEMBROS:** Presença de micro varizes bilateralmente, demais seguimentos sem alterações.

**CONDUTA:** A conduta inicial foi orientações gerais, orientações quanto aos hábitos alimentares e hábitos de vida e Solicitação de exames: hemograma completo, Glicemia de Jejum; hemoglobina glicada; lipidograma, creatinina, transaminases, microalbuminúria em urina isolada, além de preventivo de câncer de colo de útero e mamografia bilateral.

**RETORNO:** ocorreu em 20 dias mantendo sintomatologia, trazendo resultado de exames, que evidenciam hipercolesterolemia, glicemia de jejum e

hemoglobina glicosilada alteradas, além do exame de urina que demonstra infecção do trato urinário.

Hemograma	Bioquímica	EAS
Hb: 12,1 Ht: 35,9 Leuco: 8,3 Plt: 199.000	Ureia: 29 Cr: 0,9 TGO: 18; TGP: 18 Colesterol Total: 289 HDL: 38 LDL: 154 Triglicerídeos: 151 Glicemia: 178 HbA1c: 7,1%	Nitrito negativo Incontáveis piócitos Hemácias: 2 por campo

#### **PLANO TERAPEUTICO:**

- Explicar para a paciente sobre a Diabetes Mellitus tipo 2, doença crônica e suas complicações se não realizado tratamento e controle adequado.
- Reforçar as orientações dietéticas e pratica de atividade física regular
- Atividade aeróbica de moderada intensidade (50-70% da FC máxima), por pelo menos 150minutos/semana, conforme recomendações da American Diabetes Association (ADA) 2016.
- Prescrição Metformina 850mg 1x/dia (droga que reduz a resistência à Insulina).
- Prescrição de antibiótico para ITU
- Encaminhamento ao oftalmologista
- Fundoscopia
- Encaminhamento à Nutrição

- Solicitação de microalbuminúria em urina isolada.

-Retorno em 30 dias para ajuste terapêutico

## **5. ANEXO - Projeto de Intervenção**

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)  
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)  
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS  
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

### **IMPLEMENTAÇÃO DO RECEITUÁRIO INTERATIVO NA COMUNIDADE PONTA DA SORVA – MUNICÍPIO DE TEFÉ-AM**

JONATHAN SOUZA LIMA

Orientador(a): Ana Luisa Opromolla Pacheco

Área temática: Atenção Primária

**Manaus - AM**

**2020**

Universidade do Estado do Amazonas (UEA)  
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA)  
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS  
Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade

**IMPLEMENTAÇÃO DO RECEITUÁRIO INTERATIVO NA COMUNIDADE  
PONTA DA SORVA – MUNICÍPIO DE TEFÉ-AM**

Trabalho realizado para conclusão do curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade. Visa elaborar um Projeto de Intervenção em Medicina de Família e Comunidade.

Orientador(a): Ana Luisa Opromolla Pacheco

JONATHAN SOUZA LIMA

**Manaus - AM**

**2020**

## SUMÁRIO

Resumo .....	19
Introdução .....	20
Justificativa .....	22
Momento Normativo.....	24
Metodologia da Intervenção.....	25
Proposta de Intervenção.....	29
Recursos necessários para execução .....	30
Proposta de avaliação .....	31
Cronograma.....	32
Referências .....	33

## RESUMO

O receituário interativo é uma proposta para deixar mais dinâmica e simples a relação entre paciente e o uso do medicamento por via oral (comprimidos, capsulas, pílulas), unindo armazenagem do medicamento com conhecimento sobre o uso correto da sua medicação, transformando a receita formal prescrita em um quadro ilustrativo, interativo e dinâmico. O Projeto piloto será realizado com na comunidade Ponta da Sorva – Município de Tefé - AM através de um workshop para a confecção do seu próprio plano terapêutico que vai tornar mais atraente a adesão ao tratamento de um grupo prioritário, que sofrem com doenças crônicas como Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus Tipo 2 e fazem uso de medicamentos por via oral de forma continua.

**Palavras-chave:** atenção primária de saúde; doenças crônicas; longitudinalidade; adesão ao tratamento

## 1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais incluem Hipertensão Sistêmica Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM II), se responsabilizam por mais da metade de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais. (MALTA,2017)

Atualmente, um dos desafios para as equipes da atenção básica é a própria atenção em saúde para as doenças crônicas como: AIDS, diabetes mellitus, hipertensão, entre outras. Essas condições possuem uma alta prevalência, são multifatoriais, com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e para a sua abordagem ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias de profissionais das equipes de saúde, e exige o protagonismo dos indivíduos, de suas famílias e da comunidade (BRASIL, 2014).

Normalmente o usuário portador de doenças crônicas é um constante frequentador da unidade básica de saúde, buscando-a para a renovação de receitas, consulta de acompanhamento, verificação da pressão e/ou glicemia, atendimento para a agudização de sua condição crônica, entre outras situações (BRASIL, 2014). Porém, muitas dessas visitas podem estar relacionadas a não adesão a um tratamento medicamentoso prescrito, situação essa que pode ocorrer por vários fatores.

Essa epidemia teve consequências devastadoras para os indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde. As DCNT afetam mais populações de baixa renda, por estarem mais vulneráveis, mais expostas aos riscos e terem menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças. (MALTA,2017)

Ao se falar de risco e de vulnerabilidade, entende-se que a distribuição da saúde e da doença se apresenta social e espacialmente estratificada. O padrão da riqueza material produzida, seu volume, diversidade e forma de distribuição alcançam grupos de indivíduos promovendo sua diferenciação econômica e social. Essa característica pode ser observada nas sociedades mediante a análise de certos atributos que os integrantes de um grupo de *status* possuem em comum, como gênero, renda, faixa etária, escolaridade, ocupação e local de moradia. (BERKMAN,2000)

Para cada uma dessas faixas ou divisões coletivas, forças sociais em sua ação concorrem para que formas, estruturas e processos materializem em seus respectivos espaços os equipamentos, bens e serviços colocados à disposição das coletividades, nem sempre de maneira igualitária, apropriada ou suficiente, mas que sustentam condições favoráveis para que um determinado perfil de morbimortalidade aplicável às pessoas localizadas naquele espaço sociogeográfico seja observado. (BERKMAN,2000)

Em países como o Brasil, em que a transição para o perfil de sociedade industrialmente desenvolvida ainda não se completou totalmente, algumas regiões, por suas características intrínsecas (perfil demográfico e estilo de vida) e extrínsecas (localização geográfica, acesso aos serviços de saúde e a influência de centros urbanos mais dinâmicos), estão sujeitas a uma substituição gradativa, porém não completa, das doenças infecto-contagiosas pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), constituindo-se essa condição de risco ou de vulnerabilidade socioambiental um desafio para as políticas públicas de saúde. (PRATA,1992)

## 1.2 JUSTIFICATIVA

A falta de adesão ao tratamento pelo paciente é considerada por alguns autores como um problema de saúde pública, e tem sido denominada de “epidemia invisível”, variando de 15 a 93% para portadores de doenças crônicas, com média estimada de 50%, dependendo do método empregado para a medida (SANTA HELENA, 2007; SOUZA; GARNELO, 2008; BLOCH; MELO; NOGUEIRA, 2008).

Um dos princípios do SUS é a longitudinalidade, que aborda o acompanhamento do paciente ao longo do tempo por profissionais da equipe de atenção primária em saúde (APS), é considerada uma característica central deste nível assistencial. Quando se fala em acompanhamento continuado, um dos principais grupos que necessitam deste tipo de seguimento são os pacientes com doenças crônicas, com uma maior frequência os hipertensos e diabéticos. Para tanto, existe todo um cuidado na APS, para que esses pacientes possam ter qualidade vida.

O grande desafio desse cuidado é com a adesão ao tratamento farmacológico, há uma variedade de fatores que contribuem para que essa adesão não seja efetiva, dentre elas a falta do medicamento, o esquecimento nos horários, dificuldade na leitura das receitas.

Em contrapartida, se o paciente não faz uso da medicação correta, não tem controle adequado dos seus níveis pressóricos, ou da sua glicemia, acarretando em maior sofrimento, com constantes crises e possíveis complicações.

Nesse sentido, para minimizar esse problema, o receituário interativo vem com uma proposta de deixar mais dinâmica essa relação entre paciente e o medicamento, proporcionando para ele um método ilustrativo, interativo com oficinas de preparo e confecção, com a finalidade de deixar mais simples o tratamento farmacológico e com isso ter o controle quantitativo adequado desse

grupo de pacientes que fazem uso contínuo da medicação. Em consequência, espera-se evitar o aumento de atendimentos por doenças não controladas ou descompensadas pela falta de adesão correta e regular ao tratamento.

## **2. MOMENTO NORMATIVO**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Melhorar a adesão ao tratamento farmacológico de uso contínuo dos pacientes hipertensos e diabéticos da comunidade da Ponta da Sorva – Tefé – AM

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Controlar os níveis pressóricos e glicêmicos através do tratamento farmacológico

Diminuir o uso esporádico da medicação de uso contínuo

Oferecer acessibilidade diária na toma dos medicamentos por via oral

Educação e conscientização no seguimento do tratamento farmacológico

Diminuir número de consultas por crises hipertensivas e glicêmicas por erro ou falta do uso da medicação.

### 3. METODOLOGIA

O projeto será implementado na comunidade Ponta da Sorva, que fica às margens do Rio Tefé.

Os dados para embasar o projeto foram adquiridos por meio de registros de consultas da UBS e de entrevistas realizadas pelo médico da equipe, as quais foram relatadas sobre as dificuldades para o tratamento regular. Diante desse instrumento, foi constatado e priorizado dois grandes problemas: esquecimento sobre a necessidade de usar o medicamento e uso em horários diferentes dos prescritos.

A partir do objetivo principal e assim respaldado pelo problema principal: ausência de adesão ao tratamento farmacológico de uso contínuo em doenças crônicas não transmissíveis, principalmente HAS e DM tipo II, nós críticos foram levantados e soluções foram propostas, tais como: workshop e a confecção do receituário interativo que serão realizados na própria estrutura da UBS Fluvial, devido a necessidade da utilização de energia elétrica para utilização dos equipamentos eletrônicos para a palestra sobre o tema, pois a comunidade não possui energia elétrica durante o dia, apenas alguns horários da noite através de motor gerador.

## ANEXO: fotos da entrevista realizada

Nome: **UBS Fluvial Vila de Ega**  
 Endereço: **ASAC**

Resumo de entrevista para hipertensão e diabetes em uso de medicação contínua.

1. Tem uso de medicação? **Sim**
2. Qual sua dificuldade para tomar a medicação?  
**Porque costuma esquecer**
3. Qual sua dificuldade para tomar a medicação?  
 • Falta de conhecimento **Sim**  
 • Falta de conhecimento **Sim**  
 • Falta de conhecimento **Sim**  
 • Falta de conhecimento **Sim**
4. Tem dificuldade de entender a doença?  
**Sim**
5. Sabe ler e escrever?  
**Sim**
6. Tem religião em casa? Como faz para se sentir seguro ao tomar?  
**Sim, se orar e rezar**
7. Onde você armazena sua medicação?  
**Em casa, em um pote**
8. Que líquido você usa para tomar sua medicação?  
**Com água**
9. Tem água potável? Qual a fonte de água? Usa hipoclorado?  
**De rio, claro quando tem**
10. Faz quantas refeições no dia?  
**3x**
11. O que predomina no seu café da manhã?  
**Leite + Balaena + Doce de leite**
12. O que predomina no seu almoço?  
**Arroz cozido + Farofa +**
13. O que predomina no seu jantar?  
**Arroz cozido + Farofa**
14. Tem alguma medicação no uso de medicação?  
**Sim, Medicação para pressão**
15. Faz uso de alguma medicação tradicional? Qual?  
**Sim, chá de erva, chá de erva**
16. O que você pensa sobre o seu estado de saúde? Achou que os medicamentos lhe ajudaram?  
**Se com o chá, quando tomo os medicamentos ajudam**

Nome: **UBS Fluvial Vila de Ega**  
 Endereço: **ASAC**

Resumo de entrevista para hipertensão e diabetes em uso de medicação contínua.

1. Tem uso de medicação? **Sim**
2. Qual sua dificuldade para tomar a medicação?  
 • Falta de conhecimento **Sim**  
 • Falta de conhecimento **Sim**  
 • Falta de conhecimento **Sim**  
 • Falta de conhecimento **Sim**
3. Qual sua dificuldade de entender a doença?  
**Sim**
4. Sabe ler e escrever?  
**Sim**
5. Tem religião em casa? Como faz para se sentir seguro ao tomar?  
**Sim, se orar e rezar**
6. Onde você armazena sua medicação?  
**Em casa, em um pote**
7. Que líquido você usa para tomar sua medicação?  
**Com água**
8. Tem água potável? Qual a fonte de água? Usa hipoclorado?  
**De rio, claro quando tem**
9. Faz quantas refeições no dia?  
**3x**
10. O que predomina no seu café da manhã?  
**Leite + Balaena + Doce de leite**
11. O que predomina no seu almoço?  
**Arroz cozido + Farofa +**
12. O que predomina no seu jantar?  
**Arroz cozido + Farofa**
13. Tem alguma medicação no uso de medicação?  
**Sim, Medicação para pressão**
14. Faz uso de alguma medicação tradicional? Qual?  
**Sim, chá de erva, chá de erva**
15. O que você pensa sobre o seu estado de saúde? Achou que os medicamentos lhe ajudaram?  
**Se com o chá, quando tomo os medicamentos ajudam**

Nome: **UBS Fluvial Vila de Ega**  
 Endereço: **ASAC**

Resumo de entrevista para hipertensão e diabetes em uso de medicação contínua.

1. Tem uso de medicação? **Sim**
2. Qual sua dificuldade para tomar a medicação?  
 • Falta de conhecimento **Sim**  
 • Falta de conhecimento **Sim**  
 • Falta de conhecimento **Sim**  
 • Falta de conhecimento **Sim**
3. Qual sua dificuldade de entender a doença?  
**Sim**
4. Sabe ler e escrever?  
**Sim**
5. Tem religião em casa? Como faz para se sentir seguro ao tomar?  
**Sim, se orar e rezar**
6. Onde você armazena sua medicação?  
**Em casa, em um pote**
7. Que líquido você usa para tomar sua medicação?  
**Com água**
8. Tem água potável? Qual a fonte de água? Usa hipoclorado?  
**De rio, claro quando tem**
9. Faz quantas refeições no dia?  
**3x**
10. O que predomina no seu café da manhã?  
**Leite + Balaena + Doce de leite**
11. O que predomina no seu almoço?  
**Arroz cozido + Farofa +**
12. O que predomina no seu jantar?  
**Arroz cozido + Farofa**
13. Tem alguma medicação no uso de medicação?  
**Sim, Medicação para pressão**
14. Faz uso de alguma medicação tradicional? Qual?  
**Sim, chá de erva, chá de erva**
15. O que você pensa sobre o seu estado de saúde? Achou que os medicamentos lhe ajudaram?  
**Se com o chá, quando tomo os medicamentos ajudam**

### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE INTERVENÇÃO:

A UBS Fluvial Vila de Ega, no município de Tefé, localizada no Amazonas, aborda a área 21, banhada pelo rio Tefé e Curumitá.

Tefé, está geograficamente localizada no centro da região amazônica e sofre forte influência econômica das cidades adjacentes. Se localiza a 523 quilômetros da capital Manaus, e seus meios de transporte são apenas fluviais e aéreos.

A UBS abrange cerca de 1.612 cidadãos cadastrados, que se distribuem em 807 homens e 672 mulheres. Ainda inclui, 74 indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo II (DM).

A equipe de saúde é composta por 1 médico generalista, 2 enfermeiros generalistas, 6 técnicos de enfermagem, 1 gerente, 1 cirurgião dentista, 2 técnicos em saúde bucal, 1 assistente social, 1 biomédicos, 10 microscopistas, 1 técnico de laboratório e 22 agentes comunitários de saúde (ACS). Possuem, ainda, equipe auxiliar: cozinheira, hotelaria, limpeza e tripulação.

O barco que contempla a UBS fluvial, possui 2 andares: primeiro andar encontram-se os consultórios médicos, de acolhimento, odontológico, salas de procedimentos, sala de vacina, farmácia e recepção. No segundo andar encontram-se os dormitórios e a cozinha.

Em relação ao processo de trabalho e sua organização, os ACS que compõem a equipe e cuidam dos 21 territórios pertencentes a UBS, residem na comunidade de atuação. A imunização ocorre mediante visualização do cartão de vacina e são feitas rodas de conversas com as comunidades, de modo a propor conscientização sobre assuntos relevantes no âmbito da prevenção.

Os atendimentos são organizados de acordo com a demanda priorizada pelo ACS, além da demanda espontânea. Do mesmo modo são realizadas as visitas domiciliares, que seguem a prioridade e geralmente são realizadas para pessoas que não conseguem se deslocar até a unidade.

As viagens itinerantes realizadas pela UBS fluvial ocorrem a cada 2 meses e atendem a maioria das comunidades banhadas pelos rios Tefé e Curumita. Essas são comunidade isoladas, que sobrevivem da pesca e agricultura, produção de farinha, além de receberem ajuda do governo federal.

A infraestrutura é precária, não possuem energia elétrica, no entanto, algumas comunidades possuem gerador de energia que são ligados em determinados períodos.

As dinâmicas das viagens variam pois dependem da dinâmica dos rios, porém geralmente, essas ocorrem até meados de setembro devido a seca. No tempo restante, a equipe apoia as outras UBS da cidade.

No mais, a estrutura da UBS é de ótima qualidade, a dificuldade encontra-se no acompanhamento das comunidades, uma vez que as viagens são realizadas com grande espaço de tempo e duram em média 20 dias. Essa dificuldade reflete-se na adesão aos tratamentos, falta de recursos, entre outros.



### **3.2 POPULAÇÃO ALVO**

A comunidade faz parte da área 21 de atuação da equipe da estratégia da saúde e da família da UBS Fluvial Vila de Ega, a mesma foi selecionada por apresentar um número maior de pacientes com hipertensão e diabetes tipo 2, assim como pelo grau de dificuldade em relação ao controle dos níveis pressóricos e glicêmicos destes pacientes.

#### **4. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO:**

O workshop proposto para realização do receituário interativa, ocorrerá em 2 momentos:

##### **1º Momento:**

Será realizado uma palestra abordando o tema Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melitus Tipo 2, com ênfase no tratamento farmacológico e não farmacológico, uso incorreto da medicação e suas consequências.

##### **2º Momento:**

A atividade prática, onde cada participante ira confeccionar sua própria receita de acordo com sua prescrição medica, será usado materiais de papelaria para essa confecção mesclados com imagens impressas, dentro dessas imagens irão conter figuras dos medicamentos usados no dia a dia dos hipertensos e diabéticos disponibilizados pelo SUS (Ex. Metformina e Captopril), haverá também figuras representando as fases do tempo (dia, tarde e noite), e imagens representado a quantidade de dose que o paciente faz uso.

Dessa maneira o participante irá criar um quadro ilustrado, caracterizando sua receita farmacológica. O participante ao final da atividade irá poder levar para sua casa e poderá colocar no local mais visível possível para que se recorde do uso diário do seu medicamento.

Esse mesmo quadro também irá conter um espaço para que o paciente possa armazenar esse medicamento correlacionando o dia da semana para que assim não se perca durante as medicações.

#### **4.1 RECURSOS NECESSÁRIOS**

**a)** Para a realização do Workshop serão necessários:

01 Notebook

01 Data Show ou TV com entrada HDMI

01 Folder Informativo sobre o tema com uma folha para registro de níveis pressóricos e glicêmicos, durante o período estipulado para avaliação do método.

**b)** Para a Confecção do receituário interativo

10 folhas de emborrachado

05 colas de isopor

20 caixas de fósforos vazias

05 tesouras medias

10 canetas esféricas de cores varias

1 kit de canetas tipo pincel de cores variadas

## 4.2 PROPOSTA DE AVALIAÇÃO

A avaliação e monitoramento da avaliação, permitirá maior sucesso do planejamento e maleabilidade no cumprimento das metas, uma vez que avaliando e reconhecendo lacunas, o projeto torna-se concreto e bem sucedido.

As ferramentas necessárias serão:

1. Controle dos níveis pressóricos e glicêmicos através da aferição com esfigmomanômetro e glicemia capilar pelo glicosímetro portátil, com registros nas guias que serão disponibilizadas nos folders, esse registro pode ser realizado por qualquer profissional de saúde incluído o agente de saúde (ACS)
2. Controle através das consultas médicas e de enfermagem realizadas na comunidade a cada 2 meses.
3. Questionário que será proposto para próprio participante avaliar o método e relatar suas dificuldades e sugestões.

## 5. CRONOGRAMA

<b>OPERAÇÃO</b>	<b>DATA</b>
Entrevistas através de perguntas orientadas com grupo de HIPERDIA da área	05 – 15 março 2020
Execução do Projeto de intervenção	15 -31 julho de 2020
Levantamento dos resultados obtidos;	01-15 setembro 2020

**FONTE: Autor,2020**

<b>Período</b> <b>Atividade</b>	<b>FEV/</b> <b>20</b>	<b>MAR/2</b> <b>0</b>	<b>ABR/</b> <b>20</b>	<b>MAI/</b> <b>20</b>	<b>JUN/</b> <b>20</b>	<b>JUL/</b> <b>20</b>	<b>AGO/</b> <b>20</b>	<b>SET/</b> <b>20</b>	<b>OUT/</b> <b>20</b>
Escolha do Tema	X								
Contato com o orientador	X		X			X			
Revisão de literatura	X	X	X	X					
Elaboração do projeto				X	X	X	X	X	
Entrega do projeto									X

**FONTE: Autor,2020**

## 6. REFERÊNCIAS

Berkman LF, Kawachi I. *Social Epidemiology* New York: Oxford University Press; 2000.

BLOCH, K. V; MELO, A. N; NOGUEIRA, A. R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2979-2984, 2008

GOLDMAN, Lee; SCHAFER, Andrew. *Goldman Cecil Medicina*. 24<sup>a</sup> Ed. Vol. 2 e 3, Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 1:4s.

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. 162 p.

Prata PR. A transição epidemiológica no Brasil. *Cad Saude Publica*; 8(2):168-175, 1992.

SANTA HELENA, E. T. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com hipertensão arterial em unidades de saúde da família em Blumenau, SC. 2007. 101f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, p. 91-99, 2008.

.

.

