



Pós-Graduação em  
**Atenção Básica  
em Saúde da Família**



**ÉVERSON CAMPOS DE QUEIRÓZ**

**FALTA DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS ANTI-  
HIPERTENSIVOS E ANTIDIABÉTICOS ORAIS E O USO  
ERRÔNEO DOS MESMOS NO POSTO DE SAÚDE MARCELINA  
TEREZA CARVALHO - MUNICÍPIO DE JARU/RONDÔNIA**

CAMPO GRANDE/MS

2015

**ÉVERSON CAMPOS DE QUEIRÓZ**

**FALTA DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS ANTI-  
HIPERTENSIVOS E ANTIDIABÉTICOS ORAIS E O USO  
ERRÔNEO DOS MESMOS NO POSTO DE SAÚDE MARCELINA  
TEREZA CARVALHO - MUNICÍPIO DE JARU/RONDÔNIA**

Projeto de Intervenção apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de especialista em Saúde da Família, pela Universidade federal de mato Grosso do Sul (UFMS)

Orientadora: Ana Carolina L. de Oliveira Hatschbach

CAMPO GRANDE/MS

2015

## **DEDICATÓRIA**

A minha família – Pai, mãe e irmão, sem vocês eu nada seria. .

## **AGRADECIMENTOS**

Iniciando os agradecimentos, temos que lembrar de Deus, pois ele é a razão de nossa existência.

A toda minha família, pai, mãe e irmão, que trabalharam arduamente e me deram forças para que eu pudesse chegar onde estou, sempre me dando forças para ir mais adiante.

Ao meu supervisor, Dr Dhélio Batista, sempre me orientada, colaborando em minha formação, sempre somando.

Aminha orientadora que me deu algumas dicas, durante o decorrer do curso, também me ajudando a somar nessa caminhada.

Aos meus colegas de ofício, em nossa unidade de saúde, sempre me apoiando e ajudando nas tarefas com nossa comunidade.

## **EPÍGRAFE**

Sonhos determinam o que você quer. Ação determina o que você conquista. (Aldo Novak)

## RESUMO

O atual projeto de intervenção teve como finalidade de averiguar falta de informação sobre medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos orais e o uso errôneo dos mesmos no Posto de Saúde Marcelina Tereza Carvalho – Município de Jaru/Rondônia. Foram analisados os prontuários de 32 pacientes que são portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus não insulino-dependentes, dando início ao programa hiperdia. Chegamos à conclusão que dos 32 pacientes escolhidos, praticamente nenhum paciente tinha informações básicas sobre as referidas doenças e os medicamentos que faziam uso para controle das mesmas quase que indiscriminadamente, sem terem sido corretamente informados e orientados pelos profissionais médicos e enfermeiros que os receitaram anteriormente, como horário correto de usar os medicamentos, do que se tratava a doença, como ter melhor qualidade de vida com a doença, como manter a doença estável e controlada, contudo ao concluir o projeto notamos que os 32 pacientes conseguiram melhora em sua qualidade de vida e passaram a ter suas doenças controladas e estáveis.

Palavras-chaves: Hipertensão e Diabetes. Posto de Saúde. Qualidade. Intervenção.

## **ABSTRACT**

The current intervention project aimed to investigate the lack of information on antihypertensive medications and oral antidiabetic drugs and the misuse of them in the health care Marcelina Tereza Carvalho - Municipality of Jaru / Rondonia . The records of 32 patients who are carriers of hypertension and diabetes mellitus non-insulin- dependent , initiating the HIPERDIA program were analyzed . We concluded that the 32 selected patients , virtually no patients had basic information about the diseases and the medicines that used to control almost the same indiscriminadamente without being properly informed and guided by doctors and nurses who prescribed the previously as the correct time to use drugs than the disease it was like to have better quality of life with the disease , how to maintain stable and controlled disease , but to complete the project noted that the 32 patients achieved improvement in their quality of life and now have stable disease and its subsidiaries .

Keywords : Hypertension and Diabetes . Health Post . Quality . Intervention.

## SUMÁRIO

SUMÁRIO	
1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	09
1.1 INTRODUÇÃO .....	09
1.2 OBJETIVOS .....	12
1.2.1 Objetivo Geral .....	12
1.2.2 Objetivos específicos .....	13
2. ANALISE ESTRATÉGICA.....	14
2.1 HISTÓRICO DO MUNICÍPIO .....	14
2.2 ESTRUTURA DA SAÚDE DO MUNICIPAL.....	15
2.3 SITUAÇÃO NO POSTO DE SAÚDE MARCELINA TEREZA DE CARVALHO.....	15
2.4 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO E METODOLOGIA .....	21
2. A IMPORTÂNCIA DE SE EDUCAR OS PACIENTES PORTADORES DE DIABÉTES E HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	22
3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO .....	25
3.1 DIFICULDADES DA IMPLANTAÇÃO .....	25
3.2 IMPLANTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA AÇÃO.....	26
3.3 RESULTADOS ESPERADOS .....	29
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31



# 1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

## 1.1 INTRODUÇÃO

Ao início das atividades profissionais no Posto de Saúde Marcelina Tereza Carvalho de Oliveira no município de Jaru/RO, ficou evidente que havia grande quantidade população local com hipertensão e diabetes, e que os mesmo não faziam controle das doenças, não usavam medicamentos adequadamente, não tinham orientações adequadas que iram beneficiar a saúde dos mesmos.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas, representam o maior custo para os sistemas de saúde de todo o mundo com grande impacto econômico para os portadores, suas famílias e a sociedade em geral dos países, especialmente os de baixa e média renda.

Estimativa da Organização Mundial de Saúde – OMS aponta que as DCNTs já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças. No Brasil, em 2008 as DCNT responderam por 62,8% do total das mortes por causa conhecida e séries históricas de estatísticas de mortalidade indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre as décadas de 30 e de 90.

Fatores de risco comuns e potencialmente modificáveis como ausência de uma dieta saudável, sedentarismo e uso de cigarro explicam a maior parte destas mortes, que são expressas através de fatores de risco intermediários como hipertensão arterial, hiperglicemia, deterioração do perfil lipídico e obesidade.

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas no século passado determinaram um perfil de risco em que doenças crônicas como a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus assumiram ônus crescente e preocupante. Ambas são doenças muito frequentes, constituindo sérios problemas de saúde pública.

A Hipertensão Arterial é um problema crônico bastante comum.

Sua prevalência é alta e aumenta em faixas etárias maiores. É responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam **ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada**.

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, dietas pouco saudáveis e a obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da prevalência do Diabetes. As consequências humanas, sociais e econômicas do diabetes são devastadoras para o mundo: 4 milhões de mortes por ano são determinadas por essa doença e suas complicações, representando 9% do total de mortes. O grande impacto econômico da doença ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento e sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores.

No Brasil, o Diabetes e a Hipertensão constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde.

A pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio-PNAD de 2008 mostrou que 14,0% e 3,6% da população geral referiram Hipertensão e Diabetes respectivamente.

A Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde desde 2006 vem desenvolvendo o VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico com o objetivo de fazer o monitoramento contínuo da frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para doenças crônicas em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. Através destes dados é possível ter estimativas da frequência de indivíduos que referem diagnóstico médico prévio de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus. Esses indicadores obviamente

tendem a subestimar a frequência desses agravos na população, na medida em que não incluem casos não diagnosticados, no entanto, são muito úteis para objetivos relacionados à gestão do cuidado na rede de saúde.

Estão bem estabelecidas as ações de saúde que devem ser implementadas para um efetivo controle desses agravos e de seus fatores de risco, visando, sobretudo sua prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno e de qualidade; o grande desafio é traduzir esses conhecimentos técnico-científicos em ações concretas na rede de saúde e no âmbito populacional, para que possam beneficiar o maior número possível de pessoas.

O Ministério da Saúde vêm adotando várias estratégias e ações para reduzir o ônus das doenças cardiovasculares na população brasileira como as medidas anti-tabágicas, as políticas de alimentação e nutrição e de **promoção da saúde com ênfase na escola e ainda as ações de atenção à Hipertensão e ao Diabetes notadamente na rede básica. É importante registrar que a adoção da estratégia Saúde da Família como política prioritária de atenção primária, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis para a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis.**

Dentre essas ações destacamos o sistema informatizado de cadastro e acompanhamento de portadores na rede básica, o SIS-Hiperdia (<http://hiperdia.datasus.gov.br/>). É um sistema informatizado não obrigatório de gestão clínica que permite cadastrar e acompanhar os portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus atendidos na rede primária do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde.

Registros informatizados de determinados agravos à saúde são particularmente importantes. Esses registros são aplicativos eletrônicos utilizados para capturar, gerenciar e fornecer informações sobre uma condição de saúde específica; oferecem um suporte importante e fundamental para a gestão do cuidado de pacientes com uma doença crônica. Podem ser utilizados de diversas maneiras e objetivos, tais como: (1) gerar relatórios de monitoramento de resultados clínicos (gestão clínica) para médicos e

profissionais da equipe sobre parâmetros e desfechos clínicos do paciente, (2) fornecer relatórios que identificam pacientes que não estão recebendo atendimento de acordo com diretrizes clínicas ou que permanecem fora da meta estipulada (3) criar lembretes para determinados pacientes que possibilitem uma busca ativa para melhor gestão do cuidado (4) criar listas de pacientes de "alto risco" que requerem uma gestão mais intensiva (gestão do caso).

O SIS-Hiperdia tem como objetivo possibilitar a Gestão do Cuidado com a vinculação do portador à unidade básica ou equipe de saúde, monitorar de forma contínua a qualidade do controle desses agravos na população assistida; fornecer informações gerenciais que permitam subsidiar os gestores públicos para tomada de decisão, estimar acesso aos 7 serviços de saúde, fornecer informações que subsidiem a gerência e gestão da Assistência Farmacêutica, possibilitar o Controle Social através de informações que permitem analisar acesso, cobertura e qualidade da atenção, entre outras.

Nesse documento apresentamos de forma clara e objetiva, resultados de prevalências de morbidade referida de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus pelo VIGITEL, como também, coberturas de cadastro pelo SIS-Hiperdia considerando o Brasil, grandes regiões e os estados da federação e Distrito Federal.

Rosa Sampaio Vila Nova de Carvalho

Coordenadora Nacional de Hipertensão e Diabetes

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a saúde e a qualidade de vida dos pacientes portadores das doenças crônicas; hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus dos usuários através da educação com palestras do Posto de Saúde Marcelina Tereza Carvalho de Oliveira no município de Jaru/RO.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Definir linhas e estratégias de atuação para atingir o objetivo proposto; como por exemplo: Realizar palestras na comunidade, distribuir panfletos informativos, e divulgação nas rádios locais, ressaltando as complicações destas doenças devido à falta de informação, uso inadequada da medicação prescrita, acompanhamento dos pacientes selecionados nos casos acompanhados, além da orientação dos demais pacientes portadores destas doenças, que também serão beneficiados com uma melhor orientação da população.
- Ressaltar a importância da educação em saúde para conscientização da população em geral e dos profissionais de saúde sobre medidas alternativas de tratamento como (exercícios físicos, atividades de lazer, acompanhamento com nutricionista, alimentação saudável) para obter melhor controle das doenças e prevenção dos problemas e complicações que as mesmas podem trazer como, infarto, acidente vascular cerebral, cegueira, amputação de membros, prostração, criando hábitos saudáveis em nossa população, educando os mesmos sobre suas doenças e como manter uma melhor qualidade de vida.
- Discutir ações de implantação do programa Hiperdia e descrever como o projeto foi implantado no Posto de Saúde Marcelina Tereza Carvalho de Oliveira.

## **2. ANÁLISE ESTRATÉGICA**

### **2.1 HISTÓRICO DO MUNICÍPIO**

O município surgiu em torno de um dos postos telegráficos instalado em 1912 pela Comissão da Linha Telegráfica Estratégica Mato Grosso/Amazonas, chefiada pelo então Cel. Cândido Mariano da Silva Rondon. Porém, o Vale do rio Jaru era ocupado pelos seringais e seringueiros desde o século XIX, apesar da resistência imposta pela nação dos Jarus, que a tinham sob seu domínio, ocupando uma extensa área que se estendia desde o rio Jaru, afluente da margem esquerda do rio Ji-Paraná, até às margens do alto curso do rio Madeira. Em 1915, a Comissão Rondon procedeu a exploração de estudos do Rio Jaru, mantendo este nome em homenagem aos primitivos habitantes, os Jarus. A ocupação atual do vale do Jaru, ocorreu a partir de 1975, com a instalação do Projeto Integrado de Colonização "Padre Adolpho Rohlf", pelo Incra, para assentamentos de colonos oriundos principalmente das regiões Centro Sul do País.

A História da criação do município de Jaru começa no dia 11 de outubro de 1977, quando foi criado o distrito de Jaru pela Lei 6.448, sendo Sandoval de Araújo Dantas nomeado como o primeiro administrador. Sua administração durou até maio de 1979 quando foi substituído por Sebastião Ferreira Mesquita.

Devido o local apresentar um grande crescimento em pouco espaço de tempo, várias pessoas se esforçaram com o objetivo de emancipar a “pequena” cidade. E o seu desenvolvimento demográfico e econômico resultou na elevação da área do projeto à categoria de município, tendo a localidade de Jaru como sede municipal elevada à categoria de cidade. Jaru foi criado como Município através da Lei 6.921, de 16 de junho de 1981, mas a instalação só foi concretizada em 7 de novembro daquele ano.

A População estimada é de 55.669 pessoas, segundo dados do CENSO 2014 (estimativa atualizada).

## **2.2 ESTRUTURA DA SAÚDE DO MUNICIPAL**

Atualmente a rede de saúde do município está organizada da seguinte forma: um hospital municipal, contando com atendimento em Clínica geral, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria; um centro de ação Psicossocial (CAPS) com atendimento Psiquiátrico, uma APAE, uma Unidade de Saúde Especializada em Ginecologia e Obstetrícia (Clínica da Mulher), uma unidade especializada no tratamento de doenças infecto-contagiosas, sete unidades básicas de Saúde na área urbana e quatro em distritos e áreas rurais. Ainda contando com laboratório próprio e uma farmácia básica municipal, um centro de apoio à saúde do índio (CASAI) e uma unidade de saúde penitenciária. Além disso, algumas unidades básicas possuem atendimento de Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Assistência Social, salas de imunização e diagnóstico de Malária feita por equipe da Funasa, paciente com doenças de maior complexidade são levados para a capital do estado, conforme orienta a regulação municipal.

## **2.3 SITUAÇÃO NO POSTO DE SAÚDE MARCELINA TEREZA CARVALHO DE OLIVEIRA.**

O Posto de Saúde Marcelina Tereza Carvalho de Oliveira, possui sua estrutura física bem precária, não possui prédio próprio, sendo então alugada uma pequena casa com 04 cômodos, 02 banheiros e realizados as devidas adaptações, possuindo assim, apenas um consultório médico e um consultório de enfermagem onde são realizados consultas de pré-natal, coletas de preventivos, demais necessidades da área, pequenos curativos, realizamos pouquíssimos procedimentos devido à falta de estrutura. Na estrutura da unidade ainda se encontra uma recepção, onde se realiza também a triagem, já que não temos um sala específica para o ato. Não temos sala de espera, os paciente ficam divididos entre a recepção e a área do local, onde está esta

sendo usado como sala de espera, temos um banheiro para a população e nossa unidade não fornece água filtrada ou mineral para a população.

O horário de funcionamento da unidade é de segunda a sexta das 07h00min às 12h00min e das 14h00min às 17h00min horas.

A caracterização da população da área de abrangência da unidade de acordo com dados do SIAB é a seguinte:

Quadro 1 - Total de pessoas cadastradas por faixa etária e sexo

Idade em anos	Feminino	Masculino
<1	-	-
1-4	19	28
5-6	21	24
7-9	40	46
10-14	73	84
15-19	75	80
20-39	274	244
40-49	73	92
50-59	67	69
>60	79	84
Total	721	751
<b>Total Geral</b>	1472	

Fonte: SIAB, 2013.



Conforme mostrador na tabela de 1, tem uma população mista, praticamente o mesmo número de pessoas quanto ao sexo, tendo um maior número de pessoas com a faixa etária de 20-39 anos.

O número de famílias cadastradas não é tão grande, pode se dizer que pequeno, trata-se de uma área mais afastada do centro da cidade, e com um renda familiar menor, onde pessoas cobertas por planos de saúde apresentaram um índice pequeno, 24 pessoas, apenas 1,63%, conforme demonstrado na tabela 2.

Quadro 2 - Número de Famílias

	Nº total	%
<b>Nº de famílias cadastradas</b>	<b>436</b>	
7 a 14 anos na escola	213	87,65
15 anos e mais alfabetizados	1102	96,92
Pessoas cobertas c/ plano saúde	24	1,63
Nº Famílias no Bolsa Família	-	-
Famílias inscritas no CAD-Unico	-	-

Fonte: SIAB, 2013.

Já na tabela 3, foram analisadas quantas pessoas possuíam energia elétrica dentre as atendidas, sendo que a grande maioria (99,08%) possuem energia elétrica e apenas 0,92% não possuem.

Quadro 3 - Energia Elétrica

	Nº Total	%
<b>Possuem</b>	<b>432</b>	<b>99,08</b>

Não Possuem	04	0,92
-------------	----	------

Fonte: SIAB, 2013.

O abastecimento de água ainda apresenta uma falta de dados fidedignos, tendo em vista que água tratada sempre foi um grande problema nessa área, pois não tinha água fornecida pelo município, e recém foi implantado no bairro, há 06 meses, um item muito importante para a atenção básica, uma vez que diversas doenças são transmitidas pela água. Não temos valores de quantas famílias já estão utilizando água tratada fornecida pela empresa de água nos dias atuais, mas podemos afirmar que quando começamos a etapa do programa 100% da população utilizava-se de poços ou nascentes.

De acordo com a Tabela 4, 16,06% das pessoas que frequentam a unidade de saúde declararam que o tratamento de água no domicílio era realizado através de filtração, 2,06% declararam que apenas ferviam a água, e 77,06% ressaltaram que utilizavam o tratamento por cloração. Cerca de 4,82% declararam que consumiam a água sem nenhum tratamento.

Quadro 4 - Tratamento de água no domicílio

	Nº total	%
<b>Filtração</b>	<b>70</b>	<b>16,06</b>
Fervura	09	2,06
<b>Cloração</b>	<b>336</b>	<b>77,06</b>
Sem Tratamento	21	04,82

Fonte: SIAB, 2013.

Quando indagados sobre o material de suas casas, 29,36% ressaltaram que era tijolo, 69,72% responderam que era de madeira, não havendo casas de taipa e 0,92% declararam que eram de materiais reaproveitados.

Quadro 6 - Tipos de casa

	Nº total	%
Tijolo	128	29,36
Taipa revestida	0	0
Taipa não revestida	0	0
<b>Madeira</b>	<b>304</b>	<b>69,72</b>
Material aproveitado	4	0,92
Outros	-	-

Fonte: SIAB, 2013.

O destino do lixo é outro fator extremamente importante na atenção básica de saúde, uma vez que é um veículo de transmissão de doenças. Na Tabela 6, dos frequentadores da unidade de saúde 67,89% declararam que a coleta de lixo era realizada pelo município e uma quantidade moderada de pessoas 31,65% declararam que ele era queimado ou enterrado, tendo apenas 0,46% da comunidade com lixo exposto ao céu aberto.

Quadro 6 - Destino do lixo

DESTINO DO LIXO	Nº total	%
<b>Coleta publica</b>	<b>295</b>	<b>67,89</b>
Queimado/Enterrado	138	31,65
Céu aberto	2	0,46

Fonte: SIAB, 2013

Na unidade de saúde pesquisada, de acordo com a tabela 7, o maior número de atendimentos realizado pelo médico foi no mês de Abril de 2014, onde as pessoas com idade superior aos 40 anos foram o maior número de atendimentos, consequentes são nessas faixas etárias os maiores índices de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica.

Quadro 7 - Atendimentos Médico no mês de Abril de 2014

Residentes Fora da Área de Abrangência		220
Residentes Na Área de Abrangência da Equipe (Por Idade)	<1	Médico 09
	1 - 4	23
	5 - 9	32
	10 - 14	11
	15 - 19	17
	20- 39	185
	40 - 49	105
	50 - 59	71
	60 e mais	48
	<b>Total Geral</b>	<b>501</b>

Fonte: SIAB, abril 2014.

## 2.4 DESCRIÇÕES DA POPULAÇÃO E METODOLOGIA

A população participante desse estudo foi de 32 pacientes, portadores de doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus II não insulino-dependentes. Para que aconteça a intervenção, necessitaremos de apoio e colaboração de toda nossa equipe de saúde, primeiramente nossos agentes de saúde, que são a linha de frente da atenção básica, quase sempre conhecem os principais problemas de saúde nossa área, conhece bem as famílias, tem amplo conhecimento da população a mais acesso e contato direto aos mesmo, todos foram orientados sobre o tema abordado e orientados sobre como iríamos iniciar nossa ação dentro do grupo escolhido, feito a capacitação através de ações educativas e distribuição dos folhetos explicativos. Foram identificados os pacientes e analisados prontuários para identificação dessa amostra, com a devida autorização, sem em nenhum momento identificar esses pacientes.

Utilizou-se pode-se dizer que de forma direta, pois iniciamos grupos de ação em nossa unidade de saúde, onde os agentes realizam visitas convidando os pacientes para que assistissem a palestras, participassem de atividades recreativas, atividades esportivas (alongamentos, caminhadas), com o objetivo orientar os pacientes, passar-lhes informações fidedignas, para que o mesmo pudessem alcançar uma melhor qualidade de vida, com o objetivo também de reduzir o número de complicações que os mesmo pudessem vir a sofrer com decorrer dos anos.

Foi de fácil identificação que houve uma melhora na qualidade vida dos pacientes, pois com o passar dos dias e principalmente a criação do programa do hiperdia, os paciente tinha mais inspiração para se locomoverem a unidade de saúde, e aprender sempre um pouco mais sobre a sua doença, sobre seus medicamentos e sobre como reduzir ao máximos as possíveis complicações das doenças.

## **2.5 A IMPORTÂNCIA DE SE EDUCAR OS PACIENTES PORTADORES DE DIABÉTES E HIPERTENSÃO ARTERIAL**

### **Hipertensão Arterial Sistêmica**

A PA elevada crônica leva à lesão vascular. As artérias apresentam modificações em sua geometria, desde a diminuição da luz e espessamento das paredes até rupturas. As lesões do coração, rins e cérebro são decorrentes das lesões vasculares desses órgãos.

### **Coração**

A lesão característica da hipertensão no coração apresenta-se como hipertrofia do mesmo, ou seja, espessamento das paredes do ventrículo esquerdo, com aumento do peso e diminuição da cavidade. Este aumento da massa ventricular esquerda não é acompanhado pelo aumento da circulação coronária, o que acarreta alteração entre gasto energético e oferta, levando à isquemia miocárdica. Isto pode ser medido pelo ecocardiograma e, mais raramente, pelo eletrocardiograma, avaliando-se o Índice Sokolow e Lyon ( $SV1+RV5$  ou  $V6 > 35\text{mm}$ ).

Em fases avançadas da doença cardiovascular hipertensiva ou outras lesões associadas podemos encontrar desde aumento das cavidades com disfunção ventricular até o clássico quadro de insuficiência cardíaca congestiva.

### **Cérebro**

O cérebro talvez seja o órgão que mais sofra com a hipertensão arterial crônica ou súbita. A lesão típica caracteriza-se pelo microaneurisma de Charcot-Bouchard; com o progredir da condição, lesões de rarefação da substância branca tornam-se presentes. A trombose e a hemorragia são episódios geralmente agudos. Podemos encontrar microinfartos cerebrais que cursam assintomáticos e que são revelados pelo quadro clínico de demência discreta e revelados pela tomografia computadorizada e outros exames mais sofisticados.

## **Rins**

Esses órgãos sofrem bastante com o aumento da pressão arterial. Sendo o glomérulo a unidade morfofuncional do rim e caracterizado como um tufo vascular, qualquer aumento da pressão nesse território (hipertensão intraglomerular) leva à diminuição progressiva de sua função, na maioria das vezes silenciosa.

O principal achado é o aumento na excreção de albuminas, diminuindo a função de filtração do mesmo, levando à insuficiência renal franca. Em cerca de 70% dos indivíduos em programa de hemodiálise, a lesão renal básica e primária foi causada por hipertensão arterial não-tratada. Na presença de DM, essas lesões são precoces e mais intensas. ( *HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS –PROTOCOLO* )

## **Diabetes Mellitus**

### **Complicações do Diabetes Mellitus**

As principais complicações agudas são:

- ◆ Hipoglicemia
- ◆ Cetoacidose diabética
- ◆ Coma hiperosmolar

As principais complicações crônicas podem ser decorrentes de alterações:

- **na microcirculação** - retinopatia e nefropatia;
- **na macrocirculação** - cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica; **neuropáticas**.

### **Fatores de risco**

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas complicações são:

- longa duração da doença;

- mau controle metabólico;
- presença de HAS;
- tabagismo e alcoolismo;
- complicações preexistentes;

## **Doenças oculares**

### **Retinopatia**

O início das alterações ocorre por volta do 5º ano de instalação do DM, podendo, em alguns casos, estar presente por ocasião do diagnóstico do diabetes tipo 2. Cerca de 50% dos pacientes com 10 anos de diabetes e de 60 a 80% com mais de 15 anos da doença têm retinopatia.

### **Nefropatia**

No DM tipo 1, cerca de 30 a 40% dos pacientes desenvolverão nefropatia num período entre 10 a 30 anos após o início da doença. No DM tipo 2, até 40% dos pacientes apresentarão nefropatia após 20 anos da doença.

### **Macroangiopatia**

Cardiopatia isquêmica - aterosclerose das coronárias, angina, infarto do miocárdio

(ocasionalmente sem dor). Ocorre em 7,5% dos homens diabéticos e em 13,5% das mulheres diabéticas entre 45 e 64 anos de idade.

Doença coronária de pequenos vasos - insuficiência cardíaca e arritmias.

Doença cerebrovascular - apresenta-se em 4,8% nos pacientes entre 45 e 64 anos e em 12,7% entre os de 65 e 74 anos de idade.

Doença vascular periférica - ocorre em 8% dos diabéticos tipo 2, no momento do diagnóstico; e em 45%, após 20 anos da doença.

### **Neuropatia diabética - ND**

É a complicação mais comum do DM, compreendendo um conjunto de síndromes clínicas que afetam o sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autonômico, de forma isolada ou difusa, nos segmentos proximal ou distal, de instalação aguda ou crônica, de caráter reversível ou irreversível, manifestando-se silenciosamente ou com quadros sintomáticos dramáticos. A



complexidade da ND impõe um diagnóstico de exclusão com várias outras patologias (ex.: hipotireoidismo, anemia perniciosa, alcoolismo, hanseníase, AIDS, porfiria, deficiências vitamínicas, etc.). A forma mais comum é a neuropatia simétrica sensitivo-motora distal.

A frequência na população diabética varia bastante, dependendo dos critérios diagnósticos usados, resultando em uma variação entre 10 a 90%; quando sintomática, é relatada em 15 a 25% dos pacientes. De modo geral, 40% dos pacientes diabéticos apresentam alguma forma de ND. No DM tipo 2, 8 a 12% ao tempo do diagnóstico e 50 a 60% após 25 anos de duração da doença.

### **Pé diabético**

É uma das complicações mais devastadoras do DM, sendo responsável por 50 a 70% das amputações não – traumáticas, 15 vezes mais frequentes entre indivíduos diabéticos, além de concorrer por 50% das internações hospitalares. Geralmente, a ND atua como fator permissivo para o desenvolvimento das úlceras nos pés, através da insensibilidade e, principalmente, quando associada a deformidades. As úlceras complicam-se na presença de DVP e infecção, geralmente presentes em torno de 20% das lesões, as quais colocam o paciente em risco de amputação e até de vida.

## **3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.**

### **3.1 DIFICULDADES DA IMPLANTAÇÃO**

Todo processo de mudança não é fácil, seja ele estrutural ou funcional, no caso em questão estamos trabalhando diretamente com hábitos e costumes pessoais, que se torna um pouco mais difícil, porém pode-se dizer que foi, e é muito difícil fazer mudanças na realidade cotidiana de cada paciente, pois

mudar já não é uma tarefa fácil, fazer com que o paciente mude e confie na mudança se torna uma tarefa um pouco mais difícil, porém com ajuda de toda nossa equipe de saúde fomos ganhando a confiança de nossos pacientes.

Outro ponto que encontramos dificuldade foi a da localização dos pacientes escolhidos, pois além da localização também tivemos que encontrar horários disponíveis dos mesmos, para consultas, entrevistas, palestras, preenchimentos de formulários.

### **3.2 IMPLANTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA AÇÃO**

Para seleção, adotaram-se como critérios de inclusão como: serem pacientes de ambos os sexos; portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus tipo II, estarem cadastrados no Posto de Saúde Marcelina Tereza Carvalho de Oliveira, aceitar a participação do início do programa Hiperdia e estarem conscientes e orientados. Não houve recusa dos pacientes em receberem as orientações sobre o funcionamento do programa e o objetivo da intervenção.

A intervenção foi realizada por meio de: ações educativas, educação em saúde sobre os malefícios do uso inadequado dos medicamentos para controles das referidas doenças durante as consultas, hábitos saudáveis de vida, prática de exercícios, alimentação saudável, horários corretos de medicamentos e acompanhamento da aceitação da intervenção com a colaboração de agentes de saúde que possuem uma maior proximidade com esses pacientes.

O planejamento e a realização do planejamento dessas atividades foram realizados pelo autor. A etapa seguinte baseou-se em aplicação de palestras, um questionário realizado antes das palestras no início da intervenção e um questionário ao final das palestras no final da intervenção, questionários bem simples, onde foram apresentados algumas perguntas básicas como;

01) Sabe o que é a diabetes e hipertensão arterial sistêmica?

**R:** 90% dos pacientes tinham algum conhecimento sobre a doença, incrivelmente 10% dos pacientes, disseram que tomavam remédios para essas doenças, porém não sabiam o que era.

02) A quanto tempo possui a HAS e/ou DMII?

**R:** 40% apenas dos pacientes hipertensos e diabéticos souberam dizer a quanto tempo eram portadores das referidas doenças, 60% não souberam precisar uma data aproximada.

03) Conhece as complicações que estas doenças podem causar?

**R:** 90% dos pacientes souberam dizer alguma complicação das referidas doenças, 10% dos pacientes quase que totalmente desorientados.

04) Já sofreu alguma complicação do diabetes e/ou da hipertensão arterial?

**R:** 53% dos pacientes já sofreram ou sofrem alguma complicação do diabetes, sendo a dificuldade de cicatrização de feridas nos membros inferiores a principal complicação, 4 pacientes já sofreram de pé diabético, 02 pacientes cegos parcialmente devido a complicação do diabetes, 47% dos pacientes não apresentaram complicações das mesma.

05) Sabe o nome dos medicamentos que o(a) senhor(a) faz uso e hora correta de toma-los?

**R:** 10% apenas dos pacientes souberam informar o nome do medicamento que fazia uso, e a hora que usava o mesmo, 90% dos paciente faziam apenas distensão de seus medicamentos pelo tamanho, cor e forma.

06) Conhece os sintomas que estas doenças podem causar?

**R:** 75% dos paciente souberam informar pelo menos 02 sintomas das referidas doenças, sendo que dos 75%, 100% responderam a cefaleia como sendo o principal sintoma da hipertensão arterial.

07) Possui algum familiar que tem, ou teve essas doenças?

**R:** 100% dos pacientes responderam que o pai ou a mãe dos mesmo eram portadores de diabetes e/ou hipertensão arterial.

08) Já participaram de alguma palestra, grupo, aula sobre diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica?

**R:** 96,8% dos pacientes responderam que nunca participaram de nenhuma atividade de educação sobres as referidas doenças, apenas 3,2% dos entrevistados já haviam participado de palestras e grupo sobre a doença, infelizmente uma única paciente, porém a paciente observa que não foi no municipal onde se está realizando a intervenção e sim no estado de São Paulo, onde infelizmente a mesma sofreu uma nefrectomia direita (sic), devido complicação da diabetes.

09) Pratica algum tipo de atividade física, caminhada, natação e etc?

**R:** Apenas 25% dos pacientes referiam praticar alguma atividade física, 75% dos pacientes se declaram sedentários.

10)Concorda em montar um grupo de diebéticos e hipertensos para aprender sobre as doenças e ter uma melhora qualidade de vida?

**R:** 100% dos pacientes aceitaram a proposta e apoiaram a criação do programa.

### **3.3 RESULTADOS ESPERADOS**

No decorrer do projeto de intervenção e principalmente ao final do mesmo, espera-se implantar adequadamente o programa do hiperdia no Posto de Saúde Marcelina Tereza Carvalho de Oliveira, ter pacientes diabéticos e hipertensos como melhor qualidade de vida, redução no uso de medicamentos com hábitos de vida saudáveis, diminuição das complicações da referidas doenças.

Manter o paciente consciente e orientado sobre sua doença é uma das maneiras mais fáceis de proteger o doença, pois conhecendo a doença o paciente saberá o que há de temer, sendo assim, tomará as melhores condutas para sua melhor qualidade de vida.

O projeto tem como principal objetivo melhorar a qualidade de vidas dos pacientes portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial do posto de saúde referido, diminuindo gastos a saúde pública, pois diminuirá as complicações da doença, aumentar a sobre vida desses pacientes juntamente com a qualidade da mesma.

## **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como observado, o uso de medicamentos adequadamente e pacientes com informações adequadas sobre os medicamentos que faz uso e suas doenças acarretam inúmeros benefícios às pessoas que os utilizam de forma correta ao seu problema, ao mesmo tempo em que possui inúmeros riscos a saúde aos que usam de forma indiscriminada.

A aplicação do projeto teve como objetivo de verificar o uso errôneo de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabético e a falta de informação sobre suas respectivas doenças no Porto de Saúde Marcelina Tereza de Carvalho em Jaru/RO

Para reverter esse quadro foi proposta a educação em saúde, inicialmente com panfletos e ações educativas na comunidade, realizados nos atendimentos ampliados para a educação em saúde. Além disso, utilizou-se os serviços de outros profissionais para mudança das práticas de saúde da população como exemplo a troca de medicamentos por atividades físicas, acompanhados por educador físico. Porém estas estratégias esbarraram em alguns problemas, como falta do educador físico, na unidade. Além de quase nenhum auxílio por parte da Secretaria de Saúde local.

Na prática notou-se que a maioria de dos pacientes selecionados para o trabalho sabiam que tinham suas doenças, porém não tinham informações adequadas, como complicação, prevenção, tratamento.

Após a aplicação do projeto praticamente todos os pacientes que participaram do trabalho aprenderam a ter uma melhor qualidade de vida mesmo sendo portadores de doenças crônicas.

Com o intuito de promover o permanente acompanhamento do Projeto de intervenção, da execução das ações, da avaliação dos resultados obtidos e do eventual redirecionamento ou adequação das estratégias adotadas, serão utilizados dados tais como: através das consultas subsequentes e nas visitas dos Agentes de Saúde, sempre estimulando os pacientes portadores de doenças crônicas a participarem do hiperdia..

## Referências

ALVES, V.S.; NUNES, M.O. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. Interface comum. Saúde educ. Botucatu, v.10, n.19, p.131-147, jan./jun. 2006.

ANDRADE, J.P. et al. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Arq. bras. cardiol., São Paulo, v.79, n.4, p.375-379, out. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças cardiovasculares no Brasil no ano de 2000. Disponível no site: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) (acesso em 21/04/2004).

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde, Cadernos de Atenção

Básica, Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus, Protocolo. Brasília, D.F., 2001.

CAR, M. R.; PIERIN, A. M. G.; AQUINO, V. L. A. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. Rev. Esc. Enf. USP., v.25, n.3, p.259–269, 1991.