

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ELIANA ARAÚJO FERNANDES DA CUNHA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: CARTILHA EDUCATIVA COM ÊNFASE NA
PROMOÇÃO DA SAÚDE E IMPORTÂNCIA DO RETORNO NAS CONSULTAS DE
HIPERTENSÃO E DIABETES.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ELIANA ARAÚJO FERNANDES DA CUNHA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: CARTILHA EDUCATIVA COM ÊNFASE NA
PROMOÇÃO DA SAÚDE E IMPORTÂNCIA DO RETORNO NAS CONSULTAS DE
HIPERTENSÃO E DIABETES.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Ma. Meire Nikaido Suzuki

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

F OLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PROJETO DE INTERVENÇÃO: CARTILHA EDUCATIVA COM ÊNFASE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E IMPORTÂNCIA DO RETORNO NAS CONSULTAS DE HIPERTENSÃO E DIABETES** de autoria da aluna ELIANA ARAÚJO FERNANDES DA CUNHA foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Ma. Meire Nikaido Suzuki
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

A Minha Equipe de Saúde da Família

“Aquele que caminha sozinho pode até chegar mais rápido... Mas aquele de vai acompanhado com certeza chegará mais longe”

Clarisse Lispector

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus

“Embora não tenha palavras pra agradecer tua bondade, Paizinho!
Pois, dia após dia me cercas com fidelidade...
Nunca me deixes esquecer,
Que tudo que tenho tudo que sou, e o que vier a ser,
Vem de ti SENHOR!”

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	03
3 MÉTODO.....	06
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	08
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	11
REFERÊNCIAS.....	12
APÊNDICE A.....	14

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIT – Comissão Inter gestora Tripartite

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM – Diabetes Mellitus

HA – Hipertensão Arterial

HIPERDIA – Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

MEDCASA – Medicamento em Casa

MS – Ministério da Saúde

PA – Pressão Arterial

PSF – Programa de Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

US – Unidade de Saúde

RESUMO

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, constituindo a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Um dos grandes entraves para o controle destas doenças está relacionado ao grau de adesão à terapêutica medicamentosa, a modificação no padrão alimentar, a mudança nos hábitos de vida e principalmente ao comparecimento às consultas de retorno para o acompanhamento dos níveis pressóricos, glicêmicos e orientações inerentes à conduta terapêutica e alimentar. A educação em saúde continua sendo uma grande aliada neste processo de sensibilização ao paciente com DCNT, pois esta proporciona mudanças comportamentais e uma possível reflexão acerca de seus problemas. O presente projeto de intervenção educativa visa orientar e motivar os pacientes, buscando uma linha de cuidado interativa e participativa, de modo que ele perceba a necessidade de cuidado continuado juntamente com a equipe de saúde, para prevenção de complicações e obtenção de uma melhor qualidade de vida. Foi elaborada uma Cartilha Educativa/Cordel de Orientação para Pacientes Diabéticos e Hipertensos, a qual será utilizada como instrumento de educação e orientação para pacientes portadores de HÁ e DM, a mesma será trabalhada em sala de espera pelos membros da Equipe de Saúde da Família. Espera-se uma maior adesão às consultas de retorno e mudanças no modo de perceber a doença, para que o paciente possa aprender a viver, e conviver com sua patologia.

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) atinge cerca de 600 milhões de pessoas no mundo, sendo que no Brasil aproximadamente 25% da população adulta e 50% dos idosos, são acometidos pela doença, segundo dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. Não obstante, o Diabetes Mellitus (DM) representa sério agravo à saúde, atingindo cerca de 250 milhões de pessoas no mundo, destes 4% encontram-se no Brasil, sendo em sua maioria idosos na faixa etária de 60 a 79 anos (OLIVEIRA et al., 2013).

A HA e o DM são considerados graves problemas de saúde pública, por estarem associados ao aparecimento de outras doenças crônicas degenerativas, comprometendo assim a qualidade de vida das pessoas acometidas. Dentre os possíveis agravos destas doenças pode-se destacar o Acidente Vascular Cerebral (AVC), uma das principais causas de morte decorrente de HA não controlada, a retinopatia, as neuropatias e a nefropatia (BRASIL, 2001; SARAIVA et al., 2007).

Foi instituído, através da Portaria nº 371, de 04 de março de 2002, o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, o qual é parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, um dos objetivos deste programa é cadastrar em âmbito nacional, os portadores de HA e DM, para estabelecer metas, diretrizes e implementar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de agravos (BRASIL, 2002).

Buscando atingir as metas estabelecidas pelas políticas de governo, com vistas a estabelecer um atendimento integral à saúde da população, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus como parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensos e Diabéticos, cujo objetivo principal é implantar o cadastro dos portadores de hipertensão e diabetes, ofertando de maneira contínua para a rede de atenção básica de saúde, os medicamentos para HA e DM propostos pelo MS, validados e pactuados pelo Comitê do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão e Diabetes e pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT).

Como se demonstra, o governo em todas as suas esferas tem buscado facilitar o acesso dos pacientes HA e DM as medicações e ao tratamento através de suas portarias e resoluções. Citamos assim, a implantação da Farmácia Popular, onde as medicações têm desconto de até 90%, a Farmácia Básica mantida pelo município em parceria com as Secretarias Estaduais e atualmente em

nível estadual o MEDCASA, implantada em 2008 pelo Governo da Bahia, com a proposta de entregar medicamento nos lares, facilitando a continuidade do uso da terapêutica medicamentosa.

Apesar do empenho dos diversos seguimentos (MS, Secretária do Estado de Saúde e Secretária Municipal de Saúde), ainda buscamos resolutividade junto aos pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (hipertensos e diabéticos) e é com esse propósito que foi produzido esse material educativo (cordel), para que se possa auxiliar na melhoria do conhecimento do paciente quanto a sua condição crônica, fortalecendo o vínculo com a equipe de saúde e a maior adesão ao tratamento estabelecido.

OBJETIVO GERAL

- Orientar os pacientes portadores de HAS e/ou DM sobre os cuidados com sua saúde e os agravos inerentes à sua patologia, bem como à disponibilidade do serviço de saúde, através da utilização de cartilha educativa (cordel).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver cartilha educativa (cordel) com vistas a conscientizar os pacientes portadores de HA e/ou DM a comparecerem a Unidade de Saúde para consulta de retorno.

- Estimular o acolhimento dos pacientes portadores de HA e/ou DM na Unidade de Saúde.

- Apresentar a disponibilidade da Unidade de Saúde no acompanhamento e tratamento do paciente portador de HA e/ou DM.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Política Nacional de Promoção à Saúde, aprovada em 2006, prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool, compreendendo a importância das parcerias para superar os fatores determinantes do processo saúde-doença, definindo assim ações em rede articulada de organizações, com o objetivo de viabilizar as intervenções que impactem positivamente na redução das DCNT e seus fatores de risco (BRASIL, 2011).

Torna-se importante a realização de um projeto de intervenção no contexto da promoção à saúde em especial aos pacientes portadores de hipertensão e diabetes mellitus, onde tem sido verificado o rápido crescimento dessas doenças em todo o mundo, com aumento de forma desproporcional, em populações pobres e desfavorecidas dos países em desenvolvimento.

Devido à importância de ações de ordem preventiva, será trabalhada a questão da promoção à saúde com ênfase aos portadores de HA e DM, pelas inúmeras complicações advindas destas patologias como: acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM), retinopatia diabética, amputação dos membros inferiores, doença renal, dentre outras.

Para promover saúde é indispensável trabalhar educação. Educação essa que se efetiva com ações e orientações aos pacientes portadores de HA e DM sobre adoção de hábitos alimentares saudáveis para prevenção da obesidade e dislipidemias, e controle de níveis glicêmicos e pressóricos.

Algumas orientações apesar de básicas são fundamentais para a prevenção de HAS e DM, e primordiais quando se pretende promover a saúde do paciente que já possui tais patologias. Incentivar o consumo de fibras alimentares (verduras, frutas, leguminosas, cereais integrais) retarda o esvaziamento gástrico, proporcionando maior saciedade e auxiliando para um efeito positivo no controle dos lipídios sanguíneos. Diminuir o consumo de alimentos ricos em gordura saturada e colesterol; reduzir o consumo diário de sal, moderando o uso durante o preparo das refeições e evitando alimentos ricos em sódio; aumentar a ingestão de potássio, pois ele previne o aumento da pressão arterial e preserva a circulação cerebral e evitar o consumo de carboidratos simples.

Para Valente (1986), a alimentação humana tem de ser entendida como um processo de transformação de natureza - no seu sentido mais amplo - em gente, em seres humanos, ou seja, em humanidade.

Os princípios para uma alimentação saudável são aqueles que oferecem de forma equilibrada todos os nutrientes necessários para cada fase do curso da vida (adequada em quantidade e qualidade); seja variada de forma a facilitar a oferta de todos os nutrientes necessários ao organismo; segura, do ponto de vista sanitário e genético; disponível garantindo o acesso físico e financeiro; atrativa do ponto de vista sensorial; que respeita a cultura alimentar do indivíduo ou grupo a que se destina (BRASIL, 2006a).

Temos a inatividade física como um dos fatores de risco mais importantes para as DCNT, junto à dieta e uso de fumo, representando um custo econômico significativo, tanto para o paciente como para a sociedade, em vista das sequelas que causa (BRASIL, 2002).

Muitos são os benefícios da atividade física para a saúde, dentre eles podemos incluir a redução no risco de morte por doenças cardiovasculares, redução do risco de desenvolver DM, HA, e câncer de colón e mama, melhoria do nível de saúde mental, ossos e articulações mais saudáveis, controle de peso corporal, melhor funcionamento corporal e preservação da independência dos idosos (BRASIL, 2002).

Por todos esses benefícios, o incentivo e apoio a prática da atividade física regular deve ser parte das estratégias dos profissionais de saúde com vista à manutenção do peso saudável (BRASIL, 2006b).

O American College of Sport Medicine considera que os indivíduos que mantem hábitos de vida saudáveis com prática de atividade física regular possuem menor probabilidade de aumentar seu potencial de desenvolvimento de doenças crônicas, principalmente quando estas patologias envolvem o estilo de vida sedentário vivido por muitos pacientes a nível mundial (WPÓS, 2011).

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão recomenda que para manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, todo adulto deve realizar pelo menos 30 minutos de atividade física, de leve a moderada, de forma contínua ou acumulada, pelo menos 5 dias da semana, desde que apresente condições de realizá-la (BERG et al., 2010).

Além da atividade física, fazem-se necessárias pequenas mudanças no cotidiano, tais como: utilizar escadas em vez de elevador, caminhar em vez de usar o carro e praticar atividades

de lazer, como dançar. São essas pequenas recomendações que podem modificar os fatores de risco de um indivíduo com uma DCNT já instalada e pode prevenir que uma pessoa que ainda não possui fique cada vez mais saudável.

A prática da atividade física regular combinada com a alimentação saudável promove redução no peso corporal maior que apenas a alimentação de forma isolada, além de aumentar a perda de gordura preservar a massa magra e diminuir o depósito de gordura visceral (BRASIL, 2006b).

A atividade física deve ser incentivada e realizada, pois a sua prática regular resulta em benefícios para a saúde, melhorando a capacidade cardiovascular e respiratória, a resistência física e muscular, a densidade óssea e a mobilidade articular, a pressão arterial em hipertensos, o nível de colesterol, a tolerância a glicose e a ação da insulina, o sistema imunológico, o risco de cânceres de cólon e de mama nas mulheres, a prevenção da osteoporose, aumento da auto-estima, diminuição da depressão, alívio do estresse, aumento do bem-estar e redução do isolamento social (BRASIL, 2006b).

Dentre os fatores de risco modificáveis para as DCNT temos ainda o tabagismo influenciando negativamente tanto na circulação sanguínea quanto no desenvolvimento da doença, aumentando a probabilidade de morbimortalidade (WPÓS, 2011).

Sendo assim, não há razão para considerar o consumo de cigarro, charutos e outros derivados do tabaco uma mera opção comportamental ou um estilo de vida. Hoje o tabagismo é amplamente reconhecido uma doença crônica gerada pela dependência da nicotina, estando por isso inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde, que expõe continuamente os usuários dos produtos de tabaco a cerca de 4.700 substâncias tóxicas, sendo 60 delas cancerígenas para o ser humano (BRASIL, 2008).

Outro fator de risco que merece destaque é o consumo de álcool, que é uma das poucas drogas que tem seu consumo admitido e incentivado pela sociedade, e o seu excesso causa dependência, sendo também considerado fator de risco importante para a morbimortalidade.

A ciência e a tecnologia têm avançado muito nos últimos anos no manejo das DCNT. No que tange à HA e DM uma das grandes dificuldades refere-se à adesão dos pacientes ao tratamento instituído, até que ponto o paciente segue as orientações do profissional de saúde para o controle da doença, e a sua resistência às consultas de retorno para receber estas orientações.

Por entender que a doença implica em mudanças no seu estilo de vida, faz-se necessário que o paciente receba esclarecimentos sobre sua doença através da educação continuada, que se estabeleça um elo entre “profissional-paciente”, pois as modificações em seu estilo de vida pelo uso constante de medicações, a necessidade de modificação no seu padrão alimentar, e os cuidados inerentes a patologia, refletem na redução de sua auto-estima, aumenta a preocupação e influencia sua saúde mental.

Sendo assim, a adesão do paciente à terapêutica medicamentosa e o retorno às consultas, depende de vários fatores, dentre eles, o conhecimento sobre sua patologia, maneira de enfrentar o problema, o acolhimento na UBS, o relacionamento entre profissional e paciente, o acesso ao serviço de saúde, a dispensação ou aquisição de medicamento e as políticas públicas de promoção da saúde. Portanto, reconhecendo a importância da educação e conscientização do paciente quanto ao enfrentamento de sua condição de portador de uma DCNT, partiu a iniciativa de se intervir na saúde deste paciente através da elaboração de um material educativo que propicie, de um modo lúdico, transmitir conhecimentos relativos à sua patologia e esclarecer sobre a oferta do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde.

3 MÉTODO

O presente projeto de intervenção está sendo desenvolvido no município de Itagi - BA, situado a 409 km da capital da Bahia, cuja população estimada é de 13.051 habitantes, sendo que na zona urbana a população de 10.210 habitantes e zona rural de 2.843 habitantes, com área geográfica de 259.190 Km² (IBGE, 2010).

O município de Itagi foi um dos primeiros a implantar o Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia em 1997, com a participação de uma equipe de profissionais cubanos (médico e enfermeiro), que trabalharam na implantação do programa, ensinando e orientando os demais profissionais de acordo com suas práticas preventivas e da visão de saúde no contexto da assistência integral à família.

Hoje em seu Sistema de Saúde o município apresenta 04 Unidades Básicas de Saúde com equipe de PSF, todas mistas e 01 Unidade Hospitalar caracterizado com Hospital de Pequeno Porte, 01 Serviço de Fisioterapia e 01 Posto de Coleta.

Apesar das ESF's serem mistas, existe dificuldades de acesso à área rural, pois as estradas de acesso se encontram em condição precárias, e não se é devidamente disponibilizado transporte para os profissionais de saúde, o que dificulta o atendimento às populações desta região. Na área urbana de estudo, cerca de 80% da população é composta de pessoas de baixa renda, dependentes do Programa Bolsa Família para sua subsistência. Esta área se constitui em uma das mais carentes e desprivilegiadas de Itagi, no geral a população apresenta baixo nível de escolaridade, alimentação inadequada, e inacessibilidade às atividades de esporte e lazer.

Com base nesta realidade, a proposta será desenvolvida na Unidade de Saúde, desta área de abrangência, a qual é composta por 10 micros áreas (07 urbanas e 03 rurais) e 1.092 famílias cadastradas, num total de 3417 pessoas, com total referido de 124 diabéticos (3,6% da população acima de 15 anos) e 477 hipertensos (representando 13,96% da população acima de 15 anos) (SIAB, 2014).

Com base nos dados obtidos no SIAB (2014), observa-se que do percentual de pacientes HA e DM referidos neste sistema, apenas 74,64% e 83,87%, respectivamente, também são cadastrados no Programa HIPERDIA. Tal fato exemplifica que, embora os pacientes estejam em acompanhamento na Unidade de Saúde, muitos ainda não estão cadastrados.

O Programa do HIPERDIA desenvolvido pela MS é um sistema de cadastramento e acompanhamento em todas as unidades do SUS, com o objetivo de facilitar o monitoramento dos pacientes cadastrados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à HA e ao DM gerando informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de uso contínuo garantindo insumos a todos os pacientes cadastrados e acompanhados, cabendo às equipes o acompanhamento sistemático, a distribuição do medicamento e o atendimento individual ou em grupo.

Ao percebermos a grande evasão dos pacientes as consultas de retorno, bem com a dificuldade pela equipe de saúde de realização de ações de promoção/educação em saúde com estes pacientes, foi construída uma cartilha/cordel (Apêndice A) com o propósito de informar de maneira clara e lúdica, a necessidade de retorno à USF para receber orientações no que tange a alimentação, mensuração e controles de PA e glicemia, uso da terapêutica medicamentosa e aos agravos advindos destas patologias de caráter crônico.

A ação será realizada por toda a equipe, em sala de espera, onde cada um receberá uma cartilha/cordel que será confeccionada em gráfica, no formato livreto em papel reciclável com ilustrações que contemple as necessidades de informações à equipe e comunidade.

Embora o público alvo das ações de promoção à saúde neste contexto sejam os pacientes portadores de HA e DM, ela também será extensiva aos demais pacientes que se encontrarem na USF, por se entender que a educação deva ser inclusiva, capaz de abranger todas as idades; e por saber que a HA e o DM são doenças que acometem milhões de pessoas em todo o mundo, sendo responsáveis por alta frequência de internações, com impacto econômico elevado para a sociedade e famílias, levando ao aumento da morbimortalidade.

A cartilha/cordel será distribuída durante as atividades em sala de espera, para que os pacientes possam acompanhar, e através das ilustrações visualizem e tragam para sua realidade as complicações advindas de uma patologia como HA e DM não controladas. A mesma contém 21 estrofes, onde são abordados direito, dever, cidadania, composição de uma ESF, importância da visita do ACS, cuidado com a saúde, importância de alimentação saudável, o que precisa evitar na alimentação, e as consequências de uma má alimentação para os pacientes com HA e DM, as atribuições dos componentes da equipe e a USF como referência para os seus cuidados.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Para que a intervenção seja efetiva, faz-se necessário a compreensão por parte dos atores do entendimento de cidadania, por se tratar de ter consciência de seus direitos e obrigações e lutar para que eles sejam colocados em prática, é estarem em pleno gozo das disposições constitucionais, exercendo assim seus direitos e deveres civis, políticos e sociais estabelecidos pela Constituição da Republica Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988.

Após aplicação deste projeto espera-se uma maior adesão as consultas de retorno, já que as patologias estudadas são crônicas necessitando de um controle efetivo e acompanhamento contínuo para minimizar ou evitar complicações decorrentes de condutas indevidas.

O produto deste projeto mostra a preocupação da equipe de saúde com os pacientes faltosos ao serviço, buscando construir uma atenção mais humanizada e qualificada, fortalecendo

o compromisso com os direitos do cidadão, resgatando a essência da profissão que é o cuidado, levando uma gama de informações de maneira clara e de fácil compreensão, proporcionando o que chamamos de educação/promoção da saúde visando à prevenção das várias complicações que acometem os portadores destas doenças.

O acolhimento constitui uma estratégia para promover mudanças na organização do processo de trabalho em saúde, visando garantir acesso e integralidade a todos. Com base nesta definição, espera-se que a equipe de saúde reavalie o seu modo de agir, reveja suas práticas, valorize ainda mais o paciente e acolha-os bem, pois, além de ser imprescindível no cuidado do paciente, deve ser também uma característica da equipe de saúde, dos profissionais de saúde, em especial da equipe de enfermagem.

Aliado ao acolhimento faz-se necessário um atendimento humanizado e qualificado, onde se possa perceber o grau de satisfação dos pacientes com o atendimento prestado pelos profissionais de saúde.

Espera-se a compreensão do paciente a respeito do desempenhado e da importância do agente de saúde na relação entre comunidade e equipe de saúde, na realização das suas variadas atividades, com destaque importante para visita domiciliar, cadastro e acompanhamento das famílias, as preocupações inerentes a sua condição de saúde, onde os mesmos agem como fiscalizadores no controle alimentar, na terapêutica medicamentosa, nas lembranças das consultas e atendimento médico e de enfermagem.

No que tange a alimentação saudável, espera-se manter o equilíbrio energético e o peso saudável limitando o consumo de gorduras, de açúcares e sal de toda procedência, aumentando o consumo de frutas, legumes e verduras, cereais integrais e que os alimentos possam ser adquiridos, de acordo com suas condições socioeconômicas, em quantidade e qualidade adequadas, para assegurar a saúde e o bom estado nutricional.

Outro fator que merece destaque importante é o uso correto da medicação, evitando uma insuficiente ou excessiva dosagem da medicação, fato que pode trazer graves prejuízos à saúde. Como a grande maioria dos pacientes da área de estudo é de pessoas idosas e semianalfabetas depara-se com essa problemática devido à redução na função cognitiva. A adesão incorreta da terapêutica medicamentosa pode descontrolar os níveis pressóricos e glicêmicos, provocar intoxicação por doses erradas e sérias consequências para a saúde.

Com esse propósito, busca-se intensificar a informação acerca da tomada correta da medicação, de forma a facilitar a sua compreensão e conseqüentemente, obtendo o efeito desejado no uso da terapêutica medicamentosa.

Após um atendimento humanizado e qualificado, espera-se que o paciente compreenda a importância do controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, as orientações dadas pelos técnicos e auxiliares e a necessidade de serem ou não encaminhados para atendimento com outros integrantes da equipe.

Espera-se também, que as complicações da HA e DM como urgências e emergências hipertensivas, AVC's, quadros de hipoglicemia e hiperglicemia, e amputações, possam ser extintas ou reduzidas, tendo em vista o estímulo que a educação em saúde vai fomentar, buscando incentivar o paciente ao autocuidado, de forma inovadora e motivadora, pois o autocuidado requer conhecimento, interesse e comprometimento dos pacientes e da colaboração e cuidado dos profissionais de saúde que fazem parte desta equipe, pois o cuidado é transformador e recompensador. Cabe lembrar que a família é uma grande aliada no processo de cuidar e apoiar a pessoa com doença crônica, devendo fazer parte da equipe do cuidado.

Diante da implantação deste projeto esperamos como trabalhadores da saúde integrantes da atenção básica que almeja por educação para promoção da saúde como ação prioritária e fundamental nas unidades de saúde da família, que haja participação e adesão efetiva dos pacientes HA e DM, nas atividades de promoção da saúde de forma integral e participativa, para que haja aprendizado e mudança de comportamento.

À medida que o projeto for sendo aplicado, espera-se que o retorno às consultas de HIPERDIA seja resgatado, pois se acredita que as informações prestadas através da educação em saúde irão sensibilizar o público alvo, dando-lhes mais conhecimento acerca da sua patologia e possíveis conseqüências do tratamento realizado indevidamente, a responsabilidade acerca do cuidado com sua saúde, e a participação ativa no tratamento, melhorando assim os níveis pressóricos e glicêmicos, proporcionando mudanças no estilo de vida.

Resgatado o retorno às consultas, será possível avaliar os benefícios que as ações educativas trazem se utilizadas estratégias que permitam reflexão sobre a realidade, permitindo que seja desenvolvida nos pacientes a consciência de direito, dever e cidadania.

O acompanhamento do projeto será feito mediante avaliação da participação ativa dos pacientes diabéticos e hipertensos nas consultas de retorno, dos dados obtidos através dos

resultados da PA e glicemia, das opiniões dos pacientes dadas nas visitas dos Agentes Comunitários de Saúde e das reuniões de equipe.

Como este trabalho está inserido na prática, tratando-se de um projeto de intervenção e não de pesquisa, o mesmo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), não sendo realizadas descrições dos sujeitos ou das condições assistenciais, apenas o diagnóstico dos problemas enfrentados pelos profissionais, quanto ao tratamento dos pacientes portadores de HAS e/ou DM, e a proposição de uma atividade de intervenção educativa no cuidado destes pacientes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência das DCNT atingiu um patamar tão preocupante para a saúde pública, e com isso as doenças como HA e DM têm gerado elevado número de mortes prematuras, limitações físicas e redução da qualidade de vida; gerando também, onerosos custos aos cofres públicos.

É necessário que estratégias de diagnóstico e tratamento das DCNT em especial HA e DM, sejam direcionadas para a população alvo, no intuito de reduzir de maneira substancial as complicações decorrentes destas patologias.

A proposta deste projeto de intervenção quer contemplar o nível de satisfação dos pacientes com o trabalho realizado pensando neles e na maneira de ensiná-los a cuidar de sua saúde, mostrando interesse e cuidado.

Desta forma o modo de viver e de pensar de cada indivíduo tem influencia significativa na adesão do mesmo a qualquer tipo de tratamento, sendo de suma importância conhecer a percepção do paciente acerca da sua patologia, para que diante disso se tenha um atendimento mais qualificado.

À medida que os pacientes participarem da sala de espera, e tiverem contato com a estratégia educativa aplicada em forma de cartilha, estes poderão começar a refletir sobre a maneira de cuidar de si mesmos e sobre a importância de toda orientação recebida, percebendo e internalizando o quanto tais orientações são essenciais para melhoria da sua condição de saúde.

Poderão perceber que, a situação de saúde de cada paciente tende a melhorar, na proporção que os níveis pressóricos, glicêmicos, lipídicos estejam controlados e a sua frequência à USF, não se limite apenas a aviar a receita.

Considerando que o projeto tem cunho educativo, a cartilha/cordel será disponibilizada para as demais USF's do município, para que as informações nela contidas promovam um novo olhar aos pacientes sobre a sua condição de saúde e melhoria do cuidado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus**. Brasília, 2002. 102 p.

_____. a. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. **Cadernos de Atenção Básica n. 16**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006. 56 p.

_____. b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. **Cadernos de Atenção Básica, n. 12**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília, 2006. 108 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008. 210 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2011. 160 p.

BERG, A. M. P. L. et al. Tratamento não medicamentoso e abordagem multidisciplinar. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. **VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, 2010. 1-51 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do censo demográfico 2010**. Disponível online em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=29&dados=21>.

OLIVEIRA, F. F. et al. Fatores que interferem na adesão terapêutica em grupos de diabetes e hipertensão em unidade básica. In: Congresso Brasileiro de Hipertensão. Hipertensão Arterial – o

desafio da adesão ao tratamento. Ribeirão Preto, 2013, **Suplementos do XXI Congresso Brasileiro de Hipertensão Arterial**. Ribeirão Preto, 2013. p. 102.

VALENTE, F. L. S. **Direito humano à alimentação: desafios e conquistas**. São Paulo: Cortez, 1986.

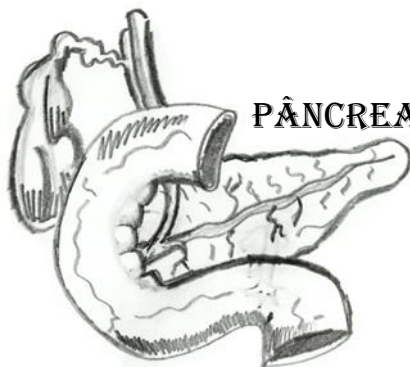
WPÓS. **Prescrição de Exercícios Físicos para Hipertensos e portadores de Doenças Vasculares**. Curso de Pós-Graduação na área de Saúde. Brasília: W. Educacional, 2011.

APÊNDICE A – Cordel de Orientação para Pacientes com Diabetes e Hipertensão

CORDEL DE ORIENTAÇÃO PARA PACIENTES COM DIABETES E HIPERTENSÃO



CORAÇÃO



PÂNCREAS

Autora: Enf^a Eliana Araújo Fernandes da Cunha
liufernandes@yahoo.com.br

2014

Ilustração: Israel Gonçalves de Araújo

Minha amiga, meu amigo,
Ouça o que vou lhe dizer
Cuidar de sua saúde
É um DIREITO e também um DEVER.

A saúde é importante
Para todo cidadão
Por isso fique atento
Deixe de ser vacilão.

A doença é uma inimiga
Que abate o cidadão
Sendo crônica pior ainda
Pois deixa ele sem ação.

Mas eu quero te dizer
Que pra tudo tem um jeito
Procura a equipe do seu PSF
Que são amigos seus, do peito.



Nossa equipe é composta
Por ACS e Auxiliar
Técnico e Enfermeiro
Odontólogo também tem lá
Como sempre faltava médico
Em Cuba, Dilma mandou buscar.



O Agente é o amigo
Que na sua casa vai
Faz cadastro e visita
Orienta e tudo mais.



Preocupado e vigilante
Todo mês ele tá lá
Perguntando da família
E da saúde, como está?

O Hipertenso e Diabético
Todo mês ele visita
Querendo saber da pressão
Do remédio e da comida.

Preocupado ele fica
Quando não vê controlar
A pressão e o diabetes
Pede a Enfermeira pra visitar.

Se você tem diabetes
E também hipertensão
Saiba que sua saúde
Está precisando de atenção.

Eu quero que fique atento
E preste muita atenção
Uma alimentação saudável
Só faz bem ao coração.

Se você come muita gordura
O colesterol vai aumentar
A veia pode entupir
E o coração pode parar.



Se você come muito sal
Tudo pode acontecer
Suas pernas podem inchar
E você pode ter um AVC.

Se consome muita açúcar
O diabetes vai descontrolar
Você pode ficar cego
Ou seu Rim pode parar.

E não para por aí
As complicações destas doenças
Você pode perder o pé
Ou andar todo capenga.



Siga as orientações
Que agora vou te dar
Alimente-se bem, tome o remédio.
E não deixe de se movimentar.

O Auxiliar e o Técnico
Na unidade a te esperar
Os controles e medidas
Ele vai verificar.

Depois de tudo pronto
Também vai te orientar
Acabando tudo isso
Ao Médico e Enfermeira te encaminhar.

SALA DE ENFERMAGEM



Você precisa ir à consulta
Todo mês pra acompanhar
Nós estamos te esperando
Pra de sua saúde cuidar.

Seu retorno é importante
Pra você e pra nós também
Pois matamos a saudade
E queremos só seu bem

A Unidade de Saúde
É o lugar da sua atenção
Toda a equipe esta lhe esperando
De braços abertos e de todo coração.



Produto do Projeto de Intervenção do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Realização: Universidade Federal de Santa Catarina

Parceria: Ministério da Saúde e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Apoio: Prefeitura Municipal de Itagi
Secretaria Municipal de Saúde

