



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ESTÍMULO AO AUTOCUIDADO EM PACIENTES PORTADORES DE
DOENÇAS CRÔNICAS NA UBS ALTO BONITO DO MUNICÍPIO DE POÇO
REDONDO/SE**

FERNANDA RAMOS MONTEIRO

NATAL/RN
2020

ESTÍMULO AO AUTOCUIDADO EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS
CRÔNICAS NA UBS ALTO BONITO DO MUNICÍPIO DE POÇO REDONDO/SE

FERNANDA RAMOS MONTEIRO

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: TALITA HELENA
MONTEIRO DE MOURA

NATAL/RN
2020

Agradeço a Universidade do Rio Grande do Norte, ao Ministério da Educação e equipe técnica da pós-graduação pela oportunidade de realizá-la.

À minha família por acreditarem e torcerem por mim, pela força que me dão e ao meu noivo,
José Paixão, companheiro e parceiro que me dá apoio pra superar as dificuldades e conquistar
sonhos!

SUMÁRIO

1. TÍTULO.....	1
2. INTRODUÇÃO.....	1
3. RELATO DA MICROINTERVENÇÃO.....	3
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	5
5. REFERÊNCIAS.....	6

1. INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Alto Bonito, fica no município de Poço Redondo, região do alto sertão do estado de Sergipe, cidade com uma população de 32.949 habitantes e com o pior índice de desenvolvimento humano do estado - 0,52 (IBGE, 2013). A UBS é localizada especificamente no Assentamento Jacaré-Curitiba, conhecido como Alto Bonito, região composta por comunidades de agricultores, denominadas de agrovilas, são trinta e um grupos, sua maioria produzem alimentos para venda e subsistência, outros prestam serviço trabalhando para donos de lotes. A maioria da população tem grau de estudo limitado ao primeiro ensino fundamental e há um alto número de analfabetos e analfabetos funcionais. Foi percebido durante as consultas que mais de 50% da população assistida na UBS se encontrava nessa categoria.

A UBS possui dez Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), número pequeno para o tamanho do território e número de habitantes, no último levantamento realizado (2018), foi estimada aproximadamente 6000 famílias. Devido ao grande número de agrovilas e reduzido número de ACSs algumas áreas estão descobertas e com a assistência a saúde prejudicada. Para agregar a equipe, a UBS também conta com um profissional técnico de enfermagem, que auxilia na aplicação de medicamentos, realização de curativos, dentre outras atividades; um técnico de enfermagem, responsável pelas vacinações, um profissional de limpeza e serviços gerais, um recepcionista, um profissional de enfermagem com nível superior, um médico generalista e recentemente somou-se um cirurgião dentista e técnico de saúde bucal. Faltando apenas um profissional de assistência de farmácia para dar melhor assistência a população.

Como já dito, a população é de agricultores que moram em um povoado, as oportunidades são mais limitadas, tanto devido a dificuldade de acesso a escola, por exemplo, há apenas uma escola de ensino fundamental e uma de ensino infantil; quanto ao preconceito cultural passado de pai pra filho de que estudo não é tão importante, mas o trabalho, sim! A comunidade tem carência de educação e conhecimento, o grau de escolaridade é baixo, em sua maioria. O analfabetismo atinge desde jovens a idosos.

Outra área frágil na comunidade é a falta de conhecimento e preconceito referente á saúde sexual e reprodutiva. O índice de múltiparas é alto, há mulheres que gestaram 20 vezes, o índice de adolescentes gestantes também é elevado, chegando a quase 50% das consultas de pré-natal. As gravidezes em sua grande maioria não são planejadas, mas dentro da comunidade é visto como algo normal. O não uso de métodos contraceptivos e desorientação sexual é a principal causa dessas gestações.

Nos ambientes familiares, mesmo nas quais o grau de conhecimento é maior, o assunto sexo é tabu! Nessas comunidades a situação torna-se pior, a maioria dos pais se quer tem informação para passar ou as informações são distorcidas. Os pais não sabem lidar com a sexualidade dos filhos, a escola e os serviços de saúde não conseguem complementar

adequadamente a educação sexual familiar e a sexualidade na adolescência ainda é um tabu. (MOURA, 2011).

Dessa forma os adolescentes ficam sem o apoio de quem precisa, não há com quem conversar, com quem tirar dúvidas, com quem se orientar sobre a prática sexual e começam a praticar uma vida sexual com mais riscos não só de gravidez precoce e não planejada como também de serem acometidos por infecções sexualmente transmitidas. As demais microintervenções focariam nessa linha de cuidado, planejamento familiar e sexualidade, promovendo conhecimento e consequente autocuidado. O método utilizado seria as rodas de conversas, com temas variados, de acordo com a demanda das pacientes, com data estabelecida e divulgação maciça através de cartaz na UBS e de convite realizado pelos ACS, mas devido a pandemia de COVID-19 só foi possível iniciar a microintervenção com os pacientes diabéticos e hipertensos.

O objetivo dessa ação foi conscientizar, facilitar o acesso às informações, instigar o paciente ao autocuidado, a aderência a tratamento, a busca ativa a UBS pra realizar prevenção, promoção e recuperação da saúde quando necessário.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) acredita que 1 em cada 11 pessoas no mundo tem diabetes e esse número só cresce. Em 2014, a estatística apontava para 422 milhões de diabéticos, um salto em relação aos 108 milhões de 1980. (SBAC, 2018). A OMS ainda aponta que 16 milhões de brasileiros sofrem de diabetes e que a taxa de incidência da doença cresceu 61,8% nos últimos dez anos. O diabetes é uma epidemia global e o Brasil ocupa o 4º lugar no ranking dos países com o maior número de casos, atrás de China, Índia e Estados Unidos. Vários são os fatores que desempenham papel importante no crescimento da doença em países em desenvolvimento: obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada. Além disso, as complicações (retinopatia, doença renal do diabetes, amputações, infartos e derrames) ainda são frequentes embora dados de mortalidade tenham apresentado discreta queda. (FioCruz, 2018). A alta taxa de diabéticos que desconhecem o diagnóstico, 50%, é outro problema a ser tratado no país. (SBAC, 2018).

Já sobre a hipertensão, o Ministério da saúde informa que em 2018 24,7% da população que vive nas capitais brasileiras afirmaram ter diagnóstico de hipertensão. Dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico mostram também que a parcela da sociedade mais afetada é formada por idosos, 60,9% dos entrevistados com idade acima de 65 anos disseram ser hipertensos, assim como 49,5% na faixa etária de 55 a 64 anos. O Ministério da Saúde alerta para a prevenção contra essa doença, que está diretamente relacionada a hábitos de vida saudáveis

A pesquisa Vigitel 2018 destaca ainda que as pessoas com menor escolaridade são as mais afetadas. Do público com menos de oito anos de estudo, 42,5% disse sofrer com a doença; dos com 9 a 11 de estudo, 19,4%; e 12 ou mais, 14,2%. (MS, 2019). A população do

Alto Bonito infelizmente faz parte dessa porcentagem, acrescentando o número de alfabetos no Brasil, onde o analfabetismo é ainda é um problema, mas que vem reduzindo entre jovens e adultos, passou de 11,5% em 2004 para 8,7% em 2012, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad). Essa redução é ainda mais intensa no Norte e Nordeste, onde estão localizados os maiores índices de analfabetismo do país, sendo que no nordeste se concentra especialmente na população com mais de 60 anos e, sobretudo, na área rural. (MEC, 2020)

As comunidades atendidas pela Unidade Básica de Saúde (UBS) Alto Bonito apresentam dados semelhantes, e o alto índice de analfabetismo ou analfabetismo funcional é um fator negativo para a promoção do autocuidado e controle das doenças e possíveis complicações.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

Mediante identificação do problema de má aderência ao tratamento, seja por desconhecimento de sua condição de saúde e/ou por dificuldade de compreender as medicações e horário que devem ser tomadas, observou-se que as orientações fornecidas são extremamente necessárias para o controle de suas comorbidades, assim foi iniciada a microintervenção. Foram definidas algumas etapas, a primeira e muito importante e que deu início ao projeto foi a reunião ACSs e equipe (FIGURA 1), seguido da abordagem dos pacientes no acolhimento na recepção, identificação dos pacientes com mais dificuldade, produção do envelopes para armazenamento das medicações, denominadas de “FARMACINHAS” (FIGURA 2), abordagem dos pacientes nas consultas e seguimento tanto ambulatorial como domiciliar.

Na primeira etapa foi apresentada a microintervenção a equipe, foram discutidos os temas diabetes melitus, hipertensão, pessoa idosa e suas comorbidades e cuidados com portadores de doenças crônicas e foram definidas as atribuições dos membros da equipe. Os ACSs foram os responsáveis por disseminar a microintervenção, recrutar os pacientes mais necessitados de cuidados e fazer o controle das medidas de tratamento e prevenção. Os demais membros da equipe com técnico de enfermagem e recepcionista ficaram responsáveis pelo acolhimento, auxílio na divulgação e também identificação de pacientes com complicações em quadros agudos, com dificuldades referentes a seu tratamento.

Na etapa seguinte fizemos a pré-seleção dos pacientes considerados com maior dificuldade para se tratar, seja por limitação de conhecimento, devido ao déficit cognitivo, educacional, como falta de leitura ou escrita, por limitação física, devido por exemplo, redução da visão e/ou audição ou até por dificuldade social, a exemplo, não possuir suporte familiar para auxiliar nos cuidados diários. Esses pacientes foram os principalmente elegíveis a receber a “FARMACINHA”, mas todos os portadores que foram atendidos no período da intervenção participam e participaram das demais etapas.

A abordagem aos pacientes na recepção foram feitas no dia de atendimentos de diabéticos e hipertensos (HIPERDIA), foi feita uma roda de conversa, debatidos assuntos referentes às doenças citadas e dirimidas dúvidas dos pacientes, como também de membros da equipe que estavam presentes. Na abordagem feita durante a consulta, o principal atuante é o profissional médico, mas o enfermeiro (a) também pode auxiliar quando responsável pela consulta. Nessa etapa, o ponto-chave é a comunicação efetiva, além do exame clínico, avaliação de exames e prescrição dos medicamentos, o esforço deve ser feito para que o paciente compreenda seu estado de saúde, as possíveis complicações e prognóstico, qual a importância das medicações e mudanças de hábito e quais suas responsabilidades para que seu tratamento seja efetivo.

Finalizando as etapas, mantivemos os retornos para controle e avaliação e com auxílio

dos ACSs esse suporte estendeu ao domicílio. Os agentes foram orientados a verificar o uso das medicações, a mudança de hábitos, a questionar presença de sintomas, lembrar das consultas de retorno e dos exames a serem realizados.

A “FARMACINHA”, foi algo pensado para dar suporte na tomada dos medicamentos nos horários corretos. Foi feito de forma artesanal, em formato de envelope, retangular, com 20 cm de largura por 13cm de altura, com duas divisórias para por as cartelas dos medicamentos. Os materiais utilizados foram cartolina, papel emborrachado (placa de EVA) cola quente e caneta. As divisórias tinham duas cores e símbolos, na com cor amarela e com a simbologia do sol, seriam postas as medicações de uso diurno e na de cor preta e com simbologia da lua, seriam postas as medicações de uso noturno. No verso, ainda seria possível descrever as medicações por horário. A intervenção ocorreu no período de dezembro de 2019 à março de 2020 e o ambiente foi principalmente a UBS, mas também o ambiente domiciliar. 24 pacientes receberam a “FARMACINHA”, 6 não se adaptaram, principalmente pelo déficit educacional.

Após as práticas citadas foi observada aumento da aderência as consultas através de marcação pelos ACSs e busca ativa a UBS para tratamento e acompanhamento das doenças. Em muitos pacientes observou-se melhora significativa do quadro clínico e dos dados bioquímicos. A exemplo, destaca-se dois pacientes: Senhor de 82 anos, com hipertensão resistente, sempre PAS>200 nas últimas visitas domiciliares, apresentou redução da pressão arterial, que atingiu o valor de 150x80 mmHg. Outro caso foi de uma senhora de 68 anos, diabética descompensada, resistente ao tratamento medicamentoso e dieta, estava a cerca de dois anos sem acompanhamento, apresentou hemoglobina glicada de 8,7% inicialmente. Na última consulta relatou uso regular das medicações, melhor aderência a dieta e hemoglobina glicada de 5,9% e glicemia em jejum de 94 mg/dl.

Outro caso interessante, uma senhora de 72 anos, hipertensa descompensada, sequelada de acidente vascular encefálico, resistente ao tratamento, a dieta e de difícil comunicação, por ser resistente e não aceitar sua condição, além disso, morava sozinha e numa casa distante, sem vizinhos. A assistência a essa paciente foi feito através de visitas mensais e com diálogo insistente e suporte conseguimos que a paciente se cuidasse e controlamos seu níveis pressóricos. Os 10 ACSs, técnico de enfermagem, recepcionista e médico, foram os principais autores da microintervenção. Os ACSs trouxeram feedback positivo dos pacientes e os próprios pacientes se manifestaram, a exemplo, a frase de um paciente: Esse “negócio” (referindo-se à “FARMACINHA”) de colocar os remédios, Doutora, ajuda muito, antes não tomava direito, sempre me confundia. (FIGURA 3).

A microintervenção ainda se mantém, mas com as restrições que a pandemia do COVID-19 exige, conseguimos proporcionar conhecimento, trazer responsabilidade para o paciente, que deve ser parte no controle de suas comorbidades e conseqüentemente proporcionamos

autonomia. O Uso da “FARMACINHA” agregou muito a aderência ao tratamento, mas mesmo com seu uso, muito pacientes precisaram de auxílio para se adaptar ao manejo, a memorizar suas medicações e horários de tomada, de diálogo e orientação frequentes.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho realizado não é fácil, consiste numa luta diária de convencimento, de diálogo contínuo, o fato da comunidade ter um alto índice de analfabetismo, dificulta muito a aderência ao tratamento. E os profissionais de saúde devem se preparar e estarem aptos a isso, sua atuação não consiste apenas em prescrever, visitar, anotar dados, mas em orientar para recuperar a saúde e principalmente prevenir doenças e complicações das comorbidades.

O portador de uma doença não quer ser o doente, ninguém deseja adoecer, nem quer ter complicações, mas muitas das vezes se mantém nessa condição devido a falta de autocuidado, devido ao desconhecimento da doença, da fisiopatologia, das complicações, dos fatores de risco, dos efeitos dos medicamentos, principalmente, numa população com baixo nível de escolaridade, como a encontrada na UBS Alto Bonito. Ficou perceptível que a promoção do conhecimento e a autonomia foram fundamentais para os resultados encontrados.

A microintervenção é de fácil replicação, mas pode esbarrar na indisponibilidade de tempo, da boa vontade por parte dos profissionais ou até da falta de habilidade e dos recursos mínimos que exige. Algumas dificuldades foram identificadas, o recurso para fabricação dos envelopes foi conseguido com recurso próprio, alguns agentes de saúde não engajaram no projeto como desejado, tendo que haver, em alguns momentos, um cobrança desnecessária, por vezes tornando o trabalho cansativo. Mas o esforço valeu e vale a pena, ver os pacientes se cuidando e evoluindo com melhora sempre será gratificante.

4. REFERÊNCIAS

1. Moura LNB, et al. Informação sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciaram uma gravidez. Acta Paul de Enfer. 2011; vol. 24, n. 3, p. 320-326.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Dados Recentes Reacendem a Polêmica Sobre o Número de Pessoas com Diabetes no Brasil. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/publico/colunas/20-dr-augusto-pimazoni-netto/158-dados-recentes-reacendem-a-polemica-sobre-o-numero-de-pessoas-com-diabetes-no-brasil>>. Acesso em: 26 de junho de 2020.
3. Ministério da Saúde (MS). Hipertensão (pressão alta): o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. Disponível em: <<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao>>. Acesso em: 30 de junho de 2020.
4. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC). [Analfabetismo no país cai de 11,5% para 8,7% nos últimos oito anos](http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/34167). Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/34167>>. Acesso em: 10 de julho de 2020
5. Instituto Brasileiro de Estatística (IBGE) .Disponível em:<[Área territorial oficial](#)>. Resolução da Presidência do IBGE de nº 5 (R.PR-5/02). Acesso em: 14 de julho de 2020.
6. Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC). Qual a situação da diabetes no Brasil? Disponível em: <<http://www.sbac.org.br/blog/2018/11/26/qual-a-situacao-da-diabetes-no-brasil/>>. Acesso em: 15 de julho de 2020.
7. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Diabetes. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/diabetes>>. Acesso em: 15 de julho de 2020.

5. APÉNDICE