

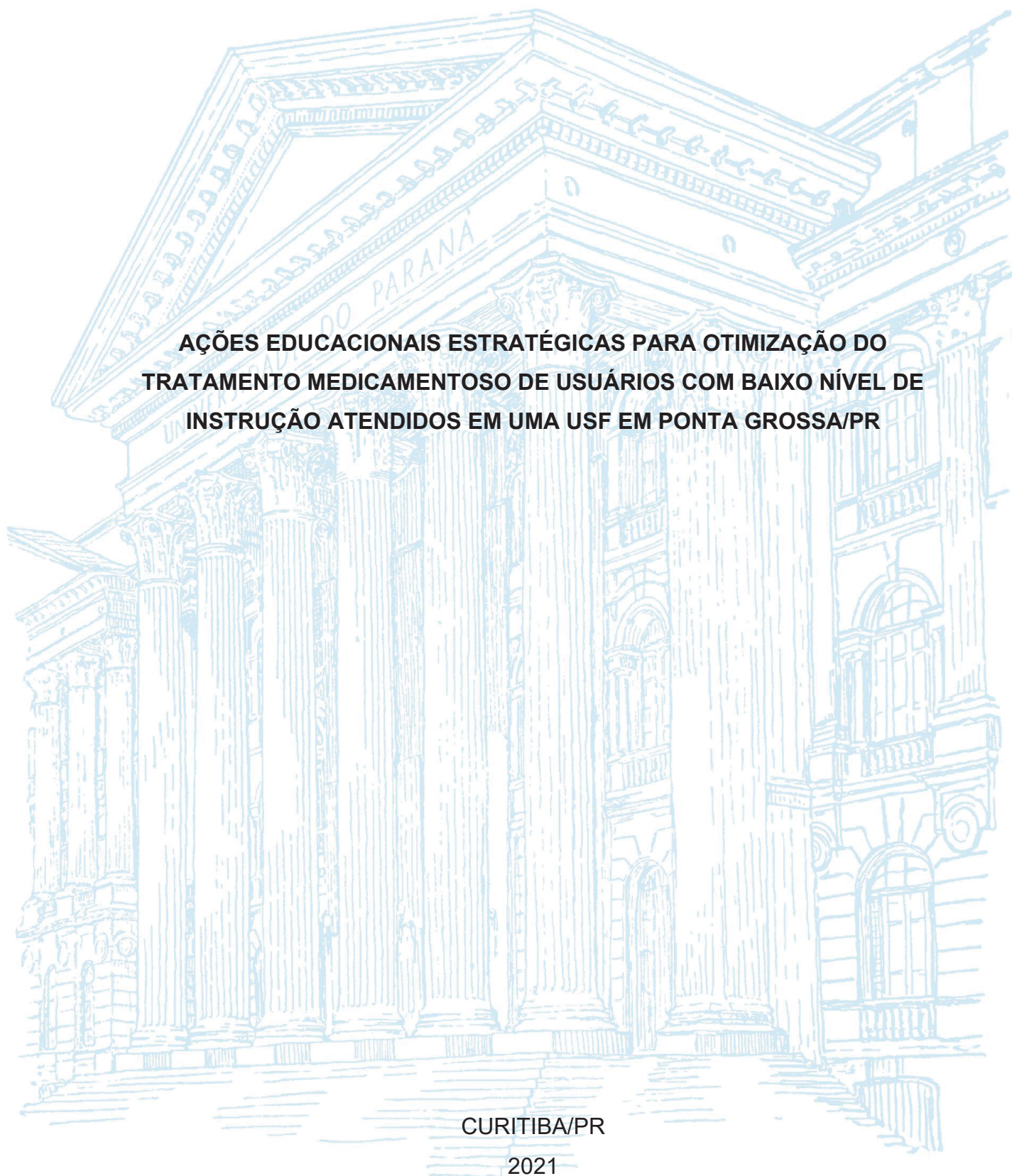
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RÔMULO SIQUIERA DE AZEVEDO

**AÇÕES EDUCACIONAIS ESTRATÉGICAS PARA OTIMIZAÇÃO DO
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE USUÁRIOS COM BAIXO NÍVEL DE
INSTRUÇÃO ATENDIDOS EM UMA USF EM PONTA GROSSA/PR**

CURITIBA/PR

2021



RÔMULO SIQUEIRA DE AZEVEDO

**AÇÕES EDUCACIONAIS ESTRATÉGICAS PARA OTIMIZAÇÃO DO
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE USUÁRIOS COM BAIXO NÍVEL DE
INSTRUÇÃO ATENDIDOS EM UMA USF EM PONTA GROSSA/PR**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica

Orientador: Prof. Esp. Marcelo Machado Sassi

CURITIBA

2021

TERMO DE APROVAÇÃO

RÔMULO SIQUEIRA DE AZEVEDO

AÇÕES EDUCACIONAIS ESTRATÉGICAS PARA OTIMIZAÇÃO DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE USUÁRIOS COM BAIXO NÍVEL DE INSTRUÇÃO ATENDIDOS EM UMA USF EM PONTA GROSSA/PR

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde da Família, Setor de Curitiba, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família

Prof. Esp. Marcelo Machado Sassi

Orientador(a) – Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Prof(a). Dr(a)/Msc. _____

Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Prof(a). Dr(a)/Msc. _____

Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Curitiba, __ de _____ de 2021.

Dedico este trabalho aos meus pais, que sempre me incentivaram no caminho árduo da medicina e me ensinaram a importância de um trabalho humilde, para que seja possível impactar na vida das pessoas de uma forma sempre positiva.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer meus pais José Marcos de Azevedo e Sirléia Benedita Silva Siqueira de Azevedo, e minha irmã Nicole Siqueira de Azevedo, por sempre me incentivarem durante toda a trajetória em direção a uma formação médica integral e com um olhar de importância com o próximo.

Agradeço a todos meus colegas de profissão, que batalham juntamente comigo para um tratamento mais eficiente de nossos pacientes dia a dia.

À todos os profissionais que atuaram e atuam na mesma USF em que me encontro, sem a dedicação diária de todas agentes comunitárias no nosso dia a dia, das enfermeiras, técnicas de enfermagem, administração, farmacêuticas, dentistas e todos os residentes multiprofissionais que estiveram conosco nesse período, não seria possível realizar um trabalho de qualidade e gratificante para nós.

Agradeço à minha namorada e meus amigos, que me ajudaram diversas vezes por todos os conselhos e ajudas durante os meus estudos e elaboração do meu tcc.

Ao meu orientador Prof. Esp. Marcelo Machado Sassi por todo apoio e paciência ao longo da elaboração do meu projeto final. Também gostaria de deixar um agradecimento especial a Universidade Federal do Paraná por possibilitar a execução deste trabalho científico.

"A persistência é o caminho do êxito." (Charles Chaplin)

RESUMO

É sabido o quão grave é o entrave nos tratamentos de doenças crônicas não transmissíveis, independente de qual seja o empecilho. No trabalho em questão, abordamos a dificuldade no tratamento de pacientes com baixo nível de instrução, com enfoque específico no analfabetismo, empecilho este, que acomete uma parte considerável da população mais vulnerável e de baixa condição social, sendo frequentemente o público que utiliza os serviços na unidade básica de saúde no dia a dia. Utilizamos de um material físico, auxiliando na divisão e explicação de forma mais didática, a forma de tomada das medicações e a sua separação nos períodos do dia. Para avaliação de um resultado significativo, solicitamos exames no início da mudança no tratamento e após a adequação das medicações, utilizando nossas caixas divisórias. Como resultado, observou-se uma melhora considerável, na maioria dos pacientes que aderiram a solução proposta. Ainda não conseguimos um resultado em grande escala, devido ao empecilho causado pela pandemia no ano de 2020, nos impossibilitando de atividades educativas, que potencializariam o nosso trabalho. Conclui-se, no entanto, que esse tipo de intervenção é benéfico, altera o curso da doença, e conseqüentemente, evitamos agravos crônicos no futuro, diminuindo a mortalidade por essas causas e aumentando a expectativa de vida da população mais vulnerável.

Palavras-chave: Diabetes mellitus. Hipertensão. Alfabetização. Atenção primária em saúde. Educação.

ABSTRACT

It is known how severe the obstacle in the treatment of chronic non-communicable diseases is, regardless of the obstacle. In the work in question, we address the difficulty in treating patients with low levels of education, with a specific focus on illiteracy, an obstacle that affects a considerable part of the most vulnerable population and of low social condition, being often the public that uses the services in the basic health unit on a daily basis. We use a physical material, helping in the division and explanation in a more didactic way, the way of taking the medications and their separation in the periods of the day. To assess a significant result, we request tests at the beginning of the change in treatment and after the adequacy of medications, using our dividing boxes. As a result, a considerable improvement was observed in the majority of patients who adhered to the proposed solution. We have not yet achieved a large-scale result, due to the obstacle caused by the pandemic in 2020, making it impossible for us to carry out educational activities, which would enhance our work. It is concluded, however, that this type of intervention is beneficial, changes the course of the disease, and consequently, we avoid chronic diseases in the future, decreasing mortality from these causes and increasing the life expectancy of the most vulnerable population.

Keywords: Diabetes Mellitus. Hypertension. Literacy. Primary Health Care. Education

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Plano de Intervenção.....	20
--------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

HBA1C	- Hemoglobina glicosilada
USF	- Unidade de Saúde da Família
HAS	- Hipertensão arterial sistêmica
ACS	- Agente comunitária de saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	DIAGNÓSTICO DA REALIDADE	18
1.2	PROBLEMA.....	18
1.3	JUSTIFICATIVA.....	18
1.4	OBJETIVOS	19
1.4.1	Objetivo geral	19
1.4.2	Objetivos específicos.....	19
2	MÉTODO.....	19
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
4	RESULTADOS	24
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
6	REFERÊNCIAS.....	27

1. INTRODUÇÃO

1.1. DIAGNÓSTICO DA REALIDADE

Desde o início de minha atuação no programa mais médicos, iniciado no ano de 2019, estou atuando na cidade de Ponta Grossa/PR, na qual, atualmente se residem cerca de 360 mil habitantes. Fui alocado desde o início na Unidade de Saúde de Família (USF) José Bueno, localizado no bairro Jacaranda.

A equipe de saúde abrange duas áreas, sendo composta por 2 médicos, 2 enfermeiras, 3 técnicas de enfermagem, 8 agentes comunitárias de saúde, 1 dentista, 1 assistente social, 1 técnica de farmácia, 1 assistente administrativa e uma equipe de residentes multidisciplinares que nos auxiliam com nutricionistas, fisioterapeutas, dentistas, educadores físicos, veterinários, entre outras especialidades que já alocamos em nossa estrutura

Em relação a distribuição demográfica da população da comunidade, 44% da população é masculina e 56%, conseqüentemente, feminina. Isso nos dá uma abrangência de quais ações são mais importantes no âmbito de saúde da população, devido o predomínio da comunidade que utiliza os nossos serviços prestados. Pois através das estatísticas, é possível saber quais as principais causas de morte na população masculina e feminina, sempre lideradas pelas doenças cardiovasculares, como exemplo. Distribuição esta, adquirida em uma pesquisa nos prontuários dos pacientes, com os dados contidos em nossos documentos.

Da população geral, 22% são crianças de 0 a 11 anos, 14% são adolescentes de 12 a 18 anos, 55% de adultos e 6,8% de idosos com mais de 60 anos. Sendo no geral, 100% de predominância urbana. Dados como estes, nos dão um diagnóstico geral da comunidade e nos auxiliam em quais ações vamos nos apoiar para prevenir doenças e promover saúde.

Em relação aos pacientes portadores de doenças crônicas, a população apresenta prevalência de HAS de cerca de 10%. Pode-se observar então que a prevalência de HAS encontra-se abaixo do esperado para a população brasileira (32,3% - segundo MALTA et al., 2018).

A cobertura vacinal de rotina de crianças menores de 1 ano, estima-se que mais 80% das crianças estejam em dias com o calendário vacinal. Tal dado foi obtido de acordo com a consulta das ACS nas visitas domiciliares. Recentemente, inaugurou-se a sala de vacinas da unidade, levando mais comodidade e

abrangência para nossa comunidade assistida, aumentando consideravelmente a cobertura.

Em relação as gestantes que realizam o pré-natal, mais de 90% das gestantes realizaram a quantidade de consultas esperadas pelo Ministério da Saúde. Não totalizando 100% devido as gestantes que descobrem a gravidez já em período final de gestação e as que mudam de residência/bairro. Porém, a grande porcentagem de gestantes realizando o pré natal corretamente, é resultado de uma boa relação médico-paciente e de todo apoio da equipe para uma completa busca ativa das pacientes, cobrando para que não haja faltas em consultas e um bom acompanhamento gestacional.

As principais queixas recebidas nos acolhimentos diários, são: Infecções das vias aéreas superiores, lombalgia crônica, solicitação de exames de rotina, renovação de receitas e saúde mental. Sendo no momento, enfoque mais nas infecções de vias aéreas, devido aos sintomas gripas, os quais são necessários para diagnóstico diferencial das infeções pelo coronavírus. Porém, ainda persistem muitos acolhimentos por saúde mental, com alta prevalência de crises ansiosas, decorrentes do momento vivido, e as descompensações dos pacientes crônicos, como diabéticos e hipertensos. Tais situações podem ser usadas para destacar outras situações do ponto de vista epidemiológico na comunidade Jacarandá. Dentre elas o analfabetismo dos pacientes, levando a dificuldade do uso dos medicamentos de forma correta, e prejudicando o controle das doenças crônicas, com foco principal dos diabéticos, hipertensos e doenças cardiovasculares em gerais.

Para manejo das patologias em questão, nos orientamos através dos Cadernos de Atenção Básica, (Brasil 2013)¹², formulados por especialistas da área, afim de uma melhor otimização dos tratamentos, conforme prevê os documentos citados.

¹ BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado de pessoas com doenças crônicas: Hipertensão Arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. p. 1-130.

² BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado de pessoas com doenças crônicas: Diabete Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. p. 1-162.

1.2. PROBLEMA

O problema escolhido para tentativa de um plano de ação para melhora da saúde da comunidade foi otimização do tratamento de paciente com baixo nível de instrução.

Em diversas consultas, com paciente que tratavam doenças crônicas, percebi que mesmo otimizando medicações da forma correta, mesmo sendo avaliados e mudados o tratamento com especialistas, mesmo com diversas abordagens, apresentavas difícil controle de suas patologias. Decidimos realizar uma busca ativa dos pacientes em questão, para tentativa de um diagnóstico mais integral, na procura de algum problema que estivesse atrapalhando o seguimento, como uma questão socioeconômica. Foi quando percebemos que a maioria era idoso, analfabeto e sem auxílio familiar para ajuda na tomada das medicações.

Devido a rotatividade constante de médicos na unidade, ajudava-se os pacientes nas consultas, em visitas esporádicas, mas sem um acolhimento longitudinal e integral dos mesmos, para avaliação de uma completa melhora.

1.3. JUSTIFICATIVA

Como citado anteriormente, as principais causas de mortalidade, seja na população masculino ou feminina, são sempre lideradas por agravos cardiovasculares. Agravos que são decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis que vão se agravando com o tempo, se não tratadas corretamente, como diabetes, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia. Tais doenças, desencadeiam complicações macro e microvasculares, gerando lesões e nos levando a acometimentos cardiovasculares. Somado a isso, quando desenvolvemos acometimentos cardiovasculares em pacientes de risco, como idosos, com múltiplas comorbidades, temos um aumento da mortalidade dos mesmos, por esses agravos.

Sendo assim, avaliamos que um grande número de consultas por doenças crônicas, ocorriam porque os paciente se mantinham instáveis e apresentando complicações vasculares, mesmo com corretas medicações e abordagens adequadas, inclusive com consultas especialistas.

Quando associamos os pacientes em questão, com a situação de vulnerabilidade exposta pelo analfabetismo e a tomada errônea das medicações,

pensamos em um plano de ação para tentarmos melhorar os tratamentos, sem que fosse necessário mais consultas especialistas ou a tentativa incansável de otimização com aumento das medicações.

Esse tema é importante pra mim, pois consigo otimizar os tratamentos finalmente, com a melhora importante dos pacientes, como já vem ocorrendo nestes quase 2 anos de serviço na comunidade. Sem que haja necessidade de tantas consultas ou encaminhamentos desnecessários. E também é de suma importância para o paciente, que consegue se tratar corretamente, diminuindo seus riscos, e as vezes, até diminuindo a ingesta de medicações.

O plano é oportuno no momento, pois com a diminuição das consultas durante o período da pandemia, consigo buscar esses pacientes ativamente, inclusive com visitas domiciliares, se necessário, para a realização do plano em questão. As possibilidades para realizar este plano são inúmeras, reais, com metas atingíveis e plausíveis.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

- Otimizar o tratamento de pacientes com baixo nível de instrução para um correto manejo terapêutico de suas comorbidades.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Realizar visitas domiciliares para conhecer como as medicações são guardadas e tomadas, para se necessário, ajudarmos na organização das medicações;
- Promover encontros ações educativas sobre a importância dos cuidados no tratamento destes agravos e respondendo dúvidas sobre os mesmos;
- Confeccionar embalagens padronizadas para a separação e organização das medicações.

2. METÓDO

O método de ação será uma pesquisa-ação, um método baseado em condução de 3 ações distintas.

Primeiro, observar para a elaboração de um diagnóstico; O que foi realizado no início, quando analisamos toda a comunidade em que atuamos, para diagnosticar os agravos mais comuns e aqueles que eram necessários uma intervenção para uma melhor abordagem.

2. Pensar, para a identificação de problemas; Quando diagnosticamos um problema solucionável dentro de nossa comunidade.

3. Agir, para a proposição de soluções; Feito quando criamos um plano de ação para solucionar o problema diagnosticado, em busca de oferecer um serviço de melhor qualidade e resolutivo.

Segundo Thiollent, (2007), a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação (ou mais ações) ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema, estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Thiollent (2007) compõe a pesquisa-ação em sete fases: 1) exploratória; 2) Interesse do tema; 3) Definição do problema; 4) Base teórica; 5) Elaboração da proposta; 6) Implantação; e 7) Avaliação do impacto.

A fase exploratória envolve a experiência da equipe, abordando o diagnóstico de nossa realidade de atuação no dia a dia, Foi quando encontramos o grande numero de pacientes crônicos, que realizavam tratamento contínuo e sem resolução. Quando abordados integralmente, descobrimos o fator analfabetismo, como principal empecilho nos tratamentos em questão.

Na segunda fase envolve o interesse pelo tema. Sendo assim, o interesse da equipe, é a resolução do agravo contínuo, para que se possa diminuir as consultas crônicas, porém, com resolução delas. Diminuir os encaminhamentos desnecessários, aumentando a resolutividade da atenção primária. E como interesse do paciente, melhorar sua qualidade de vida, diminuir a tomada de inúmeros medicamentos, que podem ser otimizados, e não apenas aumentados.

Já a terceira fase aborda a relevância do tema. Na reflexão sobre o assunto abordado, podemos destacar: diminuição dos riscos cardiovasculares, e consequentemente, risco de mortalidade dos pacientes com tratamento inadequado. Melhora da assistência médica na atenção primária, e diminuição dos encaminhamentos desnecessários. Assim como aumento do número de consultas

para outros pacientes, haja vista que com o controle adequado destes pacientes, seria possível diminuir suas idas em consultas.

A quarta fase será através de estudos nos cadernos de atenção básica, de artigos científicos abordando os temas da melhor forma, protocolos clínicos e diretrizes dos tratamentos supracitados, assim como outras bases de dados e periódicos.

A quinta e sexta fase é baseada em nosso plano de ação, citado como nossos objetivos específicos onde se dará as seguintes:

- Selecionar todos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, com risco cardiovascular, que estão em tratamento contínuo, e sem melhora.
- Selecionar pacientes de risco vulnerável para desenvolver esse agravo futuramente.
- Separar um dia específico da semana para o atendimento destes pacientes, até a resolução de seus agravos, com consultas semanais, se necessário.
- Visitas domiciliares para vermos como as medicações são guardadas e tomadas, para se necessário, ajudarmos na organização das medicações.
- Ações educativas sobre a importância dos cuidados no tratamento destes agravos e respondendo dúvidas sobre os mesmos.
- Confeccionar embalagens padronizadas para a separação e organização das medicações, que ajudassem os pacientes a tomarem as medicações corretas, mesmo que não fosse possível ler as embalagens.

O plano de intervenção tem como objetivo conseguir melhorar o tratamento dos pacientes de forma otimizada, em que eles possam praticar seu autocuidado, sem o empecilho do analfabetismo. A sétima fase será avaliado nos meses seguintes, avaliando o impacto de nossas ações, quando for possível avaliar os resultados decorrentes das ações realizadas no momento.

2.1 PLANO DE INTERVENÇÃO

Objetivo	Estratégia	Envolvidos	População alvo/ amostra	Recursos Educacionais utilizados
Realizar visitas domiciliares para conhecer como as medicações são	Roda de conversa, palestra, reunião, oficina, workshop.	Médico, enfermagem, agente comunitário	Pacientes com baixo nível de instrução	

guardadas e tomadas				
Promover encontros e ações educativas sobre a importância dos cuidados no tratamento	Orientar população sobre as doenças e a importância do seu cuidado	Médicos e Enfermagem	Toda população que frequenta a unidade de saúde	Cartazes e folhetos com breve explicações
Confeccionar embalagens padronizadas para a separação e organização das medicações	Separar medicações nas embalagens, para facilitar a organização das tomadas	Técnica de farmácia e agente comunitárias		Embalagens para organização medicamentos a

O recurso educacional aberto utilizado para nosso objetivo será uma embalagem confeccionada, no tamanho de uma caixa de sapato comum, onde adaptaremos divisórias, quantas forem necessárias, para a divisão das medicações em cedo, tarde e noite, afim do paciente tomar as medicações nos horários corretos.

Em cada período do dia, novas divisões, para manter as medicações separadas, e em cada uma dessas divisórias, já com os medicamentos específicos, colocarmos uma pequena esfera plástica confeccionada (ou mais de uma), indicando o número de comprimidos daquela medicação, que será tomada naquele período.

3. REVISÃO DE LITERATURA

O estudo realizado por Albuquerque et al. (2016) na cidade de Colombo/PR analisou o impacto de uma prescrição pictográfica para pacientes diabéticos e hipertensos com presença de analfabetismo em sua estrutura social, essa pesquisa constatou que houve um aumento de 60 para 93,3% da adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes analfabetos e sem mudança nos demais pacientes. Mostrando que o analfabetismo encontra-se como uma importante causa de não adesão ao tratamento medicamento. Apesar do estudo não se utilizar da mesma ideia do nosso trabalho, haja vista que estamos tentando melhorar a adesão e otimização de outra forma, ajuda-nos a mostrar o quão importante o assunto em questão se baseia.

Como citado no estudo em questão “por mais que pacientes tenham interesse em modificar hábitos de vida e desejem seguir a prescrição e orientação da equipe de saúde, há momentos em que isso se torna impossível, pela incapacidade de leitura e compreensão da prescrição”. Isto muitas vezes leva o paciente ao desânimo e abandono da tentativa de tratamento, retornando para ser acolhido quando algum agravo já esta instalado, dificultando a resolução do seu problema, agora, mais avançado.

Segundo Gimenes, Zanetti e Haas (2009) em um trabalho realizado na cidade de São Paulo, constatou-se que a adesão ao tratamento foi maior entre os pacientes com mais de 12 anos de estudo (88,9%) do que entre os que possuíam menos de 12 anos de estudo, cujo percentual de adesão encontrado foi de 75,7%. Também ressaltando o aspecto discutido em nosso trabalho, sobre a melhora da saúde da comunidade através da otimização do tratamento de paciente com baixo nível de instrução/educação básica.

Não foram encontrados muitos estudos abordando diretamente o assunto em questão, até o momento não há evidências suficientes para permitirem uma conclusão sobre o tema, sendo de suma importância que estudos futuros possam correlacionar indivíduos de baixo nível escolar e a prevalência de baixa adesão a tratamentos importantes

Na tese de Souza (2017), no trabalho “O papel do alfabetismo em saúde no controle do diabetes em idoso” também ressalta que indivíduos com baixo nível de instrução social, estão mais predispostos a sofrer consequências clínicas potencializadas pelo analfabetismo em saúde.

Outro trabalho realizado em 2014 na Universidade Federal de Santa Catarina, o trabalho intitulado: Ação educativa na Atenção Básica à saúde de idosos hipertensos analfabetos: estratégia com ênfase no uso adequado de medicamentos de autoria da aluna Danieli da Silva Yamashita, da qual foi utilizado metodologia semelhante ao nosso trabalho desenvolvido, utilizando de confecções para a separação e ajuda na organização da medicação a serem tomadas, concluindo uma boa adesão do grupo selecionado e concluindo um resultado extremamente satisfatório, com melhora da adesão, melhora dos tratamentos e melhora na construção de um bom vínculo com a população assistida.

4. RESULTADOS

Devido a situação de pandemia atual em que vivemos, tivemos dificuldade para seguir todos planos traçados desde o início, porém, muito já foi realizado. Em reuniões de equipe, solicitamos as agentes comunitárias que fizessem busca ativa dos pacientes sabidos que se beneficiariam de nossa estratégia e selecionamos pacientes pontuais para evitar aglomerações em nossa unidade. Agendamos consultas e visitas domiciliares para avaliar os últimos exames e a situação social que o paciente se encontrava, e por volta de agosto 2020, iniciamos a avaliação de resultados de alguns pacientes que começamos as mudanças e abordagens.

Em 10 pacientes diabéticos que selecionei inicialmente, obtivemos uma melhora significativa em 5 deles, 2 tiveram uma melhora, ainda precisando otimização mais contínua, e 3 deles, apesar de não apresentar uma melhora considerável, conseguiram estabilizar seu tratamento e organizar suas medicações, com provável melhora nos meses seguintes.

Um paciente selecionado, para a exemplificação de melhora. Apresentava em agosto de 2020, uma hemoglobina glicosilada de 15,6. A dosagem da hemoglobina glicada, também chamada de hemoglobina glicosilada, hemoglobina A1c ou simplesmente HbA1c, é um exame de sangue muito utilizado para o acompanhamento dos pacientes diabéticos, por ser ele uma forma eficaz de avaliar os níveis médios da glicose sanguínea nos últimos 2 ou 3 meses.

Existe uma diferença entre os conceitos de valor normal e valor desejável da hemoglobina A1c. Valor normal é aquele que ocorre nos indivíduos saudáveis, que não são diabéticos. Nestes, o valor da hemoglobina glicada costuma ficar entre 4,0 e 5,6%. Essa é a faixa considerada normal.

Como já referido, os pacientes portadores de diabetes mellitus apresentam uma taxa de glicação da hemoglobina bem mais alta que o normal. Portanto, não é esperado que a hemoglobina A1c dos pacientes diabéticos esteja dentro dos valores normais. Nos diabéticos, o valor desejável de HbA1c é até 7%, bem mais alto, portanto, que o limite de 5,6% dos indivíduos não-diabéticos

O valor de 7% foi definido como ideal porque a partir deste ponto as complicações do diabetes começam a se tornar mais frequentes.

No caso citado, quando avaliamos um valor de 15 da HbA1c, em um paciente que já realiza tratamento, é notável o resultado não satisfatório. Mesmo sendo um

paciente isolado, todos os 10 selecionados apresentavam-se acima de 10. No último exame feito, haja vista que é necessário um mínimo de 2 meses para uma alteração no exame, com tratamento adequado. Foi no mês de novembro, que avaliamos a resposta ao tratamento, e a paciente que apresentava 15 de HbA1c, agora encontrava-se com 7, apenas com orientação de tomada adequada e otimização das medicações. Evidenciando uma melhora extremamente importante e conseqüentemente uma melhora na qualidade de vida da mesma.

Sobre as ações educativas pertinentes para a otimização do trabalho e melhora dos resultados finais, em virtude da pandemia, não foram aplicados de forma completa, mas estão planejados para serem realizadas quando a situação se regularizar.

Essas ações estão divididas em palestras sobre as doenças crônicas não transmissíveis, acolhendo os portadores das devidas morbidades, e aqueles que tiverem interesse do assunto, abrangendo o máximo de população possível da comunidade. Haja vista que instruímos alguém, mesmo não sendo portador da patologia, o mesmo, pode ajudar a educar e instruir alguém próximo que seja.

Nessas palestras, utilizaremos de todos profissionais que possuímos na unidade, utilizando da nutricionista para instruir a alimentação adequada de pacientes diabéticos e hipertensos, afim de potencializar o tratamento medicamentoso. Nós médicos, falaremos da patologia em si, como ocorre, como age no organismo, como é feito o tratamento e a importância dos cuidados, ressaltando os riscos das complicações. A farmacêutica e técnica de farmácia, auxiliaram no ensino de como guardar as medicações e tirando as dúvidas sobre as devidas tomadas, principalmente quanto ao armazenamento refrigerado das insulinas.

Além das palestras, confeccionaremos panfletos que sintetizem as principais instruções e cuidados, para que o paciente possua em casa junto de suas medicações.

Sobre o Processo de confecção e distribuição das embalagem, já iniciamos desde o começo do ano. Junto com a enfermagem, agentes comunitárias e as residentes que nos auxiliam na unidade, sempre que há tempo disponível, transformamos caixas de sapatos em uma caixa segmentada, afim de separar os períodos do dia e as tomadas medicamentosas do paciente. Entregamos na farmácia da unidade, e quando os devidos pacientes vão atrás de retirar suas medicações mensais, já é separado as medicações nos devidos segmentos, e

orientado a tomada de uma forma mais didática, sem que prejudique o paciente no entendimento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho realizado nos auxilia no entendimento da multifatorialidade no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. Multifatores no tratamento, nas suas causas e na relação com as complicações crônicas.

Notável o quanto a condição socioeconômica afeta a saúde da população, não limitando-se apenas a dificuldade em adquirir medicamentos de alto custo, mas sim no entendimento das medicações fornecidas e prescritas, deixando claro a importância do seguimento clínico adequado, e o quanto a baixa instrução nos empecilha neste avanço.

Poucos estudos ainda evidenciam quanto o analfabetismo atrapalha no seguimento, evidenciado pela dificuldade no encontro de estudos grandes e recentes enquanto realizava-se a pesquisa em questão.

Ao realizar o tratamento de um paciente, sempre foi claro a importância de uma abordagem holística e completa. Não lidando apenas com a doença e números apresentados em exames. Viemos por meio deste trabalho, a importância de irmos além dos livros e vermos o paciente como um todo

Sem a abordagem social, não veríamos o analfabetismo como um empecilho, aumentaríamos e otimizaríamos as medicações, sem alcançar qualquer resultado efetivo, ou muitas vezes até comprometendo o paciente com supermedicação. Otimizar um tratamento não restringe-se apenas a aumentar doses ou trocar medicações, mas sabermos se o mesmo sabe como deve ser tomada as medicações e a forma correta de interação.

6. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de et al. Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamento a partir da prescrição pictográfica. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 611–624, mai/ago. 2016

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado de pessoas com doenças crônicas: Hipertensão Arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. p. 1-130.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado de pessoas com doenças crônicas: Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. p. 1-162.

GIMENES, Heloisa T.; ZANETTI, Maria L.; HAAS, Vanderlei J. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, jan/feb. 2009.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 1-15, nov. 2018.

SOUZA, Jonas Gordilho. **O papel do alfabetismo em saúde no controle do diabetes em idoso**. 2017, 141f. Tese (Doutorado em ciências médicas) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: < <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-09112017-111610/publico/JonasGordilhoSouza.pdf> >.

YAMASHITA, Danieli da Silva. **Ação educativa na Atenção Básica à saúde de idosos hipertensos analfabetos: estratégia com ênfase no uso adequado de medicamentos**. 2014, 14 f. Trabalho de conclusão de curso (Curso de especialização em linhas de cuidado em enfermagem – doenças crônicas) – Departamento de enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: < <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/169791/DANIELI%20YAMASHITA-%20DCNT.pdf?sequence=1&isAllowed=y> >.