

Estudo de Caso: Uso de Estratégias de Educação em Saúde Visando Facilitar a Identificação de Medicamentos para um Paciente Idoso, Analfabeto, Hipertenso e Diabético

Case Study: Use of Health Education Strategies Aiming to Enable the Identification of Medicines for an Literate Diabetic and Hypertensive Elderly Patient

Tânia Cristina Freitas Barbosa*
 Naiara Barros Polita*
 Elaine Aparecida P. Martins Nonino*

* Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Resumo

As doenças crônico-degenerativas como hipertensão e diabetes requerem intensas mudanças no estilo de vida e disciplina na utilização dos medicamentos para o controle. Diversos idosos apresentam dificuldades no tratamento dessas doenças. O objetivo deste trabalho foi desenvolver e aplicar estratégias alternativas de educação em saúde para restabelecer o controle da hipertensão e diabetes de um idoso analfabeto. Trata-se de um estudo de caso desenvolvido por acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem. Foi confeccionada uma "caixa ilustrada de medicamentos" visando facilitar a identificação dos medicamentos e administração dos mesmos. As intervenções permitiram a adesão à terapia medicamentosa e restabeleceram o controle das doenças.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Diabetes. Hipertensão. Saúde do idoso.

Abstract

The chronic-degenerative illnesses like high blood pressure and diabetes require intense changes in the life style and discipline in the use of medicines for their control. Many elderly people present difficulties in the treatment of these illnesses. The objective of this study was to develop and to apply alternative strategies of education in health to reestablish the hypertension and diabetes control of an elderly, illiterate patient. This is a case study developed by undergraduates from the Nursing course. An "illustrated medicine box" was confectioned aiming to facilitate the identification of medicines and their administration. The interventions allowed the adherence to the medicine therapy, the alimentary plan, and reestablished the control of the illnesses.

Keywords: Health education. Diabetes. High blood pressure. Health of the elderly

1 Introdução

A população idosa está em crescimento no mundo. De acordo com dados do Ministério da Saúde a expectativa de vida no Brasil aumentou de 65,7 em 1980 para 75,2 anos em 2003. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no ano de 2002, 8,6% da população brasileira tinha idade superior a 60 anos (BRASIL, 2006).

O envelhecimento é um processo normal em que o corpo atinge a maturidade fisiológica e a taxa de mudança degenerativa torna-se maior do que a taxa de regeneração celular. Isso resulta em uma série de modificações funcionais, estruturais e fisiológicas. No processo natural do envelhecimento, ocorre a diminuição da capacidade funcional dos sistemas do organismo (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 1998).

Ao envelhecer, as pessoas tornam-se vulneráveis ao desenvolvimento de doenças crônicas: como o diabetes mellitus e a hipertensão arterial (ARAÚJO; BACHION, 2004).

No Brasil em 2004 o diabetes *mellitus* foi apontado como quarta causa de morte e hipertensão arterial como a sétima. O diabetes mellitus pode ser definido como um grupo de doenças metabólicas caracteriza-das por

níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia) decorrentes de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2007).

Existem vários tipos de diabetes mellitus. Os principais são: diabetes do tipo 1) referido como insulino-dependente, tipo 2) referido como não insulino-dependente, diabetes gestacional e diabetes mellitus, e diabetes associada a outras condições ou síndromes (SMELTZER; BARE, 2005).

O diabetes é particularmente prevalente nos idosos devido a diminuição da tolerância a glicose e da taxa metabólica basal, decorrentes do processo de envelhecimento (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 1998).

Já a hipertensão arterial nos idosos resulta de mudanças vasculares: os vasos sanguíneos tornam-se menos elásticos e a resistência periférica total aumenta. Além disso, pode ocorrer a formação de placas ateroscleróticas, fragmentação de elastinas arteriais, depósito aumentado de colágeno e vasodilatação prejudicada. O resultado é o aumento da pressão arterial (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 1998).

É comum a ocorrência de patologias crônico-degenerativas após os 60 anos de idade, entretanto, um idoso com uma ou mais doenças crônicas, capacitado para o controle e tratamento, pode ser considerado um

idoso saudável (RAMOS, 2003).

Nesta perspectiva, acredita-se que as práticas de educação em saúde sejam relevantes para a promoção da saúde dos idosos. O processo de educação em saúde ao idoso tem como objetivo a conscientização quanto aos cuidados necessários para a manutenção de sua capacidade funcional, através da prevenção e do controle de doenças.

Percebe-se atualmente uma tendência para a adoção de uma política de saúde centrada na promoção da saúde. O Ministério da Saúde do Brasil preconiza o desenvolvimento de atividades de caráter educativo por todos os profissionais atuantes na área, com o intuito de potencializar e capacitar a população para o autocuidado (MENEZES; ROSA, 2004).

Embora as práticas de educação em saúde, voltadas para pacientes portadores de doenças crônicas sejam desenvolvidas, estudos mostram dificuldades de assimilação e adesão ao tratamento adequado. Destacam-se aspectos cognitivos, como a diminuição na velocidade de raciocínio, em alguns idosos lapsos de memória, analfabetismo, entre outros. E aspectos culturais, como inflexibilidade quanto ao uso diário de medicamento e uso de terapias alternativas não resolutivas (ROCHA; SILVA, 2004).

Ramos (2003) afirma que o desafio maior no século XXI para a área da saúde será cuidar de uma população idosa, com nível sócio-econômico e educacional baixos e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes.

Neste contexto, a ação educativa desenvolvida pelo (a) enfermeiro (a) deve ir além de um processo de transmissão de conhecimento. É necessário estimular a população para a própria transformação. Cabe ao enfermeiro o desenvolvimento de estratégias educativas focadas na ação reflexiva voltadas para a realidade. Compreender o idoso em sua totalidade individual e intervir considerando peculiaridades relacionadas ao estilo de vida, pode vir a otimizar a assistência de enfermagem.

2 Objetivo

O presente estudo teve como objetivo controlar o diabetes mellitus e hipertensão arterial de um idoso analfabeto, com dificuldades de gerenciar seus medicamentos nos horários prescritos.

3 Materiais e Método

3.1. Identificação do paciente

Paciente E.F., do sexo masculino, com 70 anos de idade, pardo, aposentado, casado, vem sendo acompanhado pela Unidade Básica de Saúde (UBS) do Jardim Tóquio no município de Londrina-Pr, desde 02/07/2003 com um histórico de hipertensão e diabetes mellitus tipo 2.

O estudo de caso teve início no dia 30 de novembro de 2006 e foi finalizado no dia 07 de dezembro de 2007. Foi analisado o prontuário do paciente, realizadas consultas de enfermagem e visitas domiciliares. As orientações

foram em seis consultas domiciliares e uma consulta na Unidade Básica de Saúde. As consultas tiveram a durabilidade em média de 2 horas.

O estudo foi autorizado pelo paciente por meio de assinatura do termo de consentimento livre esclarecido, devidamente explicado pelos alunos na primeira visita domiciliar. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina e obteve parecer favorável para realização.

É importante ressaltar que os alunos se inseriam no Módulo 38 do Currículo integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL). O currículo integrado pretende formar enfermeiros críticos/reflexivos, capazes de trabalhar em equipe, tomar decisões e intervir no processo saúde-doença. Estudos de casos e visitas domiciliares são utilizados para o desenvolvimento das competências dos estudantes de enfermagem dentro dos pressupostos pedagógicos do curso. O estudante, sob orientação do docente, realiza o levantamento das necessidades de saúde do paciente e após estudo sistemático das situações identificadas, elabora e aplica as intervenções de Enfermagem (GARANHANI et al., 2005).

4 Relato do Caso

4.1 Análise do prontuário

Por meio do prontuário foi possível obter dados e características específicas sobre o estilo de vida e condições de saúde do paciente que iniciou tratamento em 02/07/2003, quando chegou com pressão arterial (PA) = 190/100mmHg. Referiu hipertensão arterial (HA) e diabetes mellitus (DM) tipo 2, diagnosticadas previamente por um médico da rede hospitalar de Londrina. Fazia uso de Captopril (anti-hipertensivo inibidor da enzima conversora de angiotensina- ECA) 1 comprimido de 8 em 8 horas e Glibenclâmida (antidiabético oral) 1 comprimido por dia. Manteve-se o esquema terapêutico após o atendimento pelo clínico geral na UBS.

A partir dessa data, foi feito controle rigoroso da pressão arterial (PA), que permaneceu em valores aceitáveis (160/80 - 120/80 mm/hg) até o final de 2003. Paralelamente, foi introduzido também o controle da glicemia capilar por meio do hemoglucoest (HGT), o qual se apresentava muito acima dos valores de referência, variando de 221 a 361 mg/dl pós prandial neste ano. Segundo Albuquerque (2005), são aceitáveis os valores de glicemia capilar: até 200 mg/dl pós prandial e até 99 mg/dl em jejum.

Em 2004, a glicemia capilar permaneceu alta e a PA elevou-se 180/90 a 200/100 mm/Hg. Em fevereiro desse ano foi orientado ao paciente retornar a UBS a cada 15 dias para controle da glicemia capilar e acrescentado ao regime terapêutico Metformina (antidiabético oral). Não há registro de que o paciente tenha retornado conforme orientado. Em setembro, o paciente retornou com PA = 200/100 mmHg. Foi introduzido Atensina (anti-hipertensivo de ação central).

No ano de 2005, a PA manteve-se alta e a DM descompensada. Em setembro foi introduzido o Propranolol (anti-hipertensivo beta-bloqueador) 1

comprimido no almoço. Somente em outubro o paciente e a esposa foram orientados quanto à alimentação.

Em julho de 2006, o paciente chegou à UBS com PA=200/100 mmHg e HGT=502 mg/dl pós prandial. Foi encaminhado à UBS Leonor, a qual oferecia suporte para o quadro. Manteve os mesmos medicamentos. Ressalta-se que no decorrer do tratamento na UBS Tóquio ocorreram situações de crises hiperglicêmicas em que o paciente foi direcionado a assistência hospitalar e foi submetido a internações.

Em novembro de 2006, o paciente foi pré-consultado pelos alunos do segundo ano do curso de graduação em Enfermagem da UEL. Apresentava PA=180/110 mm/Hg e glicemia capilar = 498 mg/dl. Foi constatado, através da anamnese, que a alimentação do paciente era desequilibrada: rica em sal, carboidratos, gorduras saturadas e carente em nutrientes (proteínas, gorduras de origem vegetal, sais minerais e vitaminas).

Após a pré-consulta, o paciente foi atendido pelo clínico geral que instituiu o seguinte esquema terapêutico: Captopril 1 comprimido 3 vezes ao dia, Propranolol 1 comprimido 2 vezes ao dia, Metformina

1 comprimido duas vezes ao dia, e Glibenclamida 2 comprimidos 3 vezes ao dia, respectivamente. O paciente foi encaminhado à Policlínica para consulta com cardiologista e endocrinologista. Na pós-consulta foi orientado, pelos estagiários quanto à alimentação, prática de atividade física e uso correto dos medicamentos.

Ainda em novembro, o paciente foi consultado pelo cardiologista, o qual inseriu mais um comprimido de Captopril e Nifedipina (anti-hipertensivo bloqueador dos canais de cálcio).

Antes da consulta clínica com o endocrinologista, foi solicitado pelos estudantes de Enfermagem, através de manuscrito entregue ao paciente, que o médico não modificasse a terapia medicamentosa para controle da DM2. Os estudantes desconfiaram do uso inadequado dos medicamentos já prescritos, pois havia uso de 3 medicamentos anti-hipertensivos e 2 anti-diabéticos de ações diferentes que não estavam sendo eficientes. Foi justificado ao endocrinologista que na constatação do uso incorreto dos medicamentos seria implementado um método alternativo de educação para restabelecer o controle.

| Medicamentos | Ação | Quantidade e Freqüência/diária | Período de Uso |
|---------------|--|--------------------------------|---------------------|
| Captopril | Anti-hipertensivo inibidor da ECA | 2 comprimidos 3X ao dia | Manhã Tarde e Noite |
| Glibenclamida | Antidiabético oral | 2 comprimidos 3X ao dia | Manhã Tarde e Noite |
| Metformina | Antidiabético oral | 1 comprimido 2X ao dia | Manhã e Tarde |
| Propranolol | Anti-hipertensivo beta bloqueador | 1 comprimido 2X ao dia | Manhã e Tarde |
| Nifedipina | Anti-hipertensivo beta bloqueador dos canais de cálcio | 1 comprimido 3X ao dia | Manhã Tarde e Noite |

Quadro 1. Esquema terapêutico de medicamentos instituído até final do mês de novembro de acordo com prontuário do paciente.

4.2 Intervenções e Discussão

Diante do quadro do paciente com DM tipo 2 descontrolada e PA constantemente elevada, os estagiários realizaram visitas domiciliares, iniciadas em novembro de 2006, para acompanhamento do paciente.

Na primeira visita buscou-se o estabelecimento de vínculo por meio da escuta e comunicação verbal coerentes ao entendimento do paciente. Além disso, os alunos desenvolveram empatia ao entendimento amplo do estilo de vida, visando futuras intervenções moldadas à realidade do paciente.

Segundo Falcone (1999), a empatia é definida como uma habilidade de comunicação, que inclui três componentes: um componente cognitivo, caracterizado pela capacidade de compreender os sentimentos e perspectivas de outra pessoa; um componente afetivo, identificado por sentimentos de compaixão e simpatia pela outra pessoa, além de preocupação com o bem-estar desta; um componente comportamental, que consiste em

transmitir um entendimento explícito do sentimento e da perspectiva da outra pessoa, de tal maneira que esta se sinta profundamente compreendida.

As investigações e a elaboração do histórico foram realizadas no decorrer das visitas subseqüentes. O paciente referiu hábitos de vida próprios da cultura regional nordestina, local em que nasceu e viveu antes de vir para Londrina- Pr. Sua dieta alimentar baseava-se principalmente nos seguintes alimentos como mandioca, milho, farinhas, batata, "broas", e temperos ricos em pimenta e sal. Seu único cuidado em relação a DM2 e HA era o baixo consumo de açúcar refinado e sal. Os estagiários realizaram reeducação alimentar do paciente, através de orientações gerais sobre nutrição de acordo com os alimentos disponíveis. Foram orientadas refeições diárias fracionadas em seis vezes durante o dia e diminuídas em quantidade. Foram inseridos legumes, verduras e frutas típicas da estação à dieta. As orientações quanto às atividades físicas foram pouco enfatizadas, visto que o paciente mantinha-se

intensamente ativo ao longo do dia: cuidando de sua horta, pomar, visitando amigos no bairro e outros.

Quanto à terapia medicamentosa, foi possível constatar dificuldades na identificação dos medicamentos e administração nos períodos do dia. O paciente não era alfabetizado e organizava os medicamentos por cores e formatos. A conduta era ineficaz, visto que o paciente fazia uso de diversos medicamentos semelhantes, que o confundia no uso.

Romano-Lieber et al. (2002) ressaltam que no Brasil podemos esperar problemas relativos à linguagem, à alfabetização deficiente ou mesmo às formas de entendimento do idoso quanto à terapia medicamentosa.

Para resolver o problema, os estagiários elaboraram uma “caixinha de medicamentos”. Essa caixa feita de papelão possuía divisórias conforme os diferentes medicamentos e a frequência que deveriam ser administrados. A caixa foi dividida em período da manhã, tarde e noite, com desenhos que os indicavam: na manhã foi feito um sol, na tarde foi desenhado um prato com talheres que indicavam o almoço e para mostrar a noite, foi desenhada uma lua. Os medicamentos que deveriam ser tomados antes do café da manhã foram representados também por um sol, e os que deveriam ser tomados no almoço por um prato com alimento. Cada período foi subdividido conforme os tipos de medicamentos. As quantidades foram representadas por desenhos de círculos (1 ou 2 comprimidos). Foi realizada orientação ao paciente e a esposa quanto à posologia.

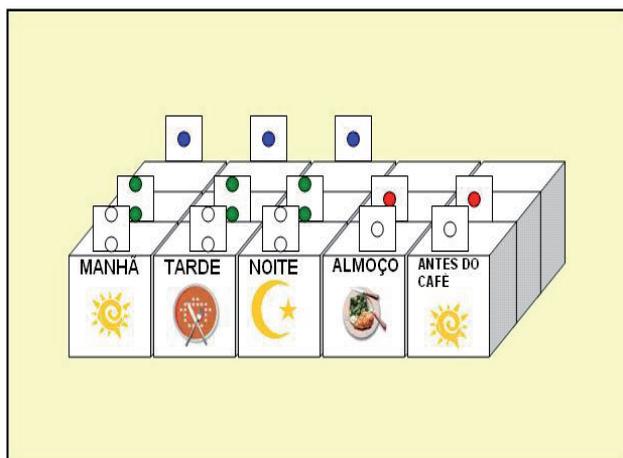


Figura 1. Demonstrativo dos medicamentos e distribuição nas divisórias das caixas.

Ao final da confecção, foi feita a colagem das caixas uma nas outras para facilitar o uso e prevenir esquecimento de um dos períodos. Os abastecimentos de medicamentos nas caixas foram realizados inicialmente pelos estagiários.

Foram repetidas as visitas domiciliares para verificar a adequação ao novo método. Constatou-se que a “caixinha” possibilitou o autocuidado e a autonomia do paciente no uso dos medicamentos.

O paciente foi acompanhado por aproximadamente mais um mês e verificou-se queda progressiva da PA, não passando de 160/80 mmHg e chegando a 120/80mmHg no dia 08/12. Houve melhora também na glicemia capilar

de polpa digital que variou de 121 a 228 mg/dl.

O reabastecimento dos medicamentos na “caixinha”, após o período de atuação dos alunos, foi orientado ao agente comunitário de saúde e a enfermeira da Unidade.

Em reuniões reflexivas entre os alunos de Enfermagem e o docente, foram discutidos diversos aspectos que envolviam o processo de manutenção do quadro descontrolado das patologias crônicas do paciente caso antes das intervenções. A resistência cultural às modificações no estilo de vida; as condições econômicas precárias; e a alfabetização deficiente foram os principais fatores citados como desen-cadeantes da falta de adesão à terapêutica nutricional e medica-mentosa. Além disso, foi discutida a questão da falta de recursos humanos suficientes na área da Saúde para uma Assistência integral e diferenciada ao idoso.

5 Considerações Finais

O entendimento da realidade do paciente é fundamental para o planejamento de intervenções na Atenção Primária. Entretanto, a assistência em saúde no Brasil ainda reflete o ineficaz modelo clínico (curativo) desvinculado do modelo de Promoção da Saúde (preventivo). Problemas como a prescrições indiscriminadas de medicamentos e a rapidez no atendimento, ainda são evidentes nas consultas médicas e de enfermagem. Estes problemas refletem na compreensão ineficaz do paciente em relação à terapêutica proposta.

A adesão ao tratamento de DM2 e HA é difícil devido a: impossibilidade de cura; necessidade de mudanças no estilo de vida; grande quantidade de medicamentos; e a ausência de sinais agudos de complicações.

Contudo, intervenções simples de enfermagem, como a elaboração da “caixinha de medicamentos” pode ser estratégia viável e de baixo custo para o controle destas. Neste estudo, a “caixinha de medicamentos” mostrou-se como um recurso eficiente para o controle da pressão arterial e do diabetes mellitus.

Em síntese, conhecimentos acerca dos aspectos sócio-econômicos e culturais do idoso atrelados à criatividade, são instrumentos básicos para o direcionamento do enfermeiro em suas orientações aos portadores de doenças crônicas. Considerar o modelo de Promoção da Saúde é fundamental para o cumprimento de ações resolutivas na Atenção Primária e no favorecimento da qualidade de vida dos idosos.

Referências

- ALBUQUERQUE, R. Como interpretar os testes de glicemia no diagnóstico de diabetes. *Diabetes Hoje*, São Paulo, 20 jun. 2005. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/Colunistas/Diabetes_Hoje/index.php?id=872>. Acesso em: 2 out. 2007.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. All About diabetes. 2007. Disponível em: <<http://www.diabetes.org/about-diabetes.jsp>>. Acesso em: 8 abr. 2007.
- ARAUJO, L. A. O.; BACHION, M. M. Programa Saúde da Família: perfil de idosos assistidos por uma equipe.

Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 57, n. 5, p. 586-590, set./out. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel de indicadores do SUS*. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel>>. Acesso em: 21 maio 2008.

FALCONE, E. Avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. *Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 23-32, jun. 1999.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. O perfil de idosos de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1575-85, nov./dez. 2004.

GARANHANI, M. L. et al. Princípio pedagógicos e metodológicos do currículo integrado de Enfermagem. In: DELLAROZA, M. S. G.; VANNUCHI, M. T. O. (Org.). *O currículo integrado do curso de Enfermagem da UEL: do sonho a realidade*. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 35-58.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de indicadores sociais 2002. *Comunicação Social*, [Brasília], 12 jun. 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/12062003indic2002.shtm>>. Acesso em: 9 abr. 2007.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. *KRAUSE: alimentos, nutrição e dietoterapia*. 9. ed. São Paulo: Roca, 1998.

MENEZES, G. A. C.; ROSA, R. S. D. Práticas educativas em saúde: a enfermagem revendo conceitos na promoção do autocuidado. *REME. Rev. Min. Enferm.*, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 337-40, abr./jun. 2004.

OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 57, n. 6, p. 761-3, nov./dez. 2004.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto Epidoso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-8, maio/jun. 2003.

ROCHA, L. A.; SILVA, L. F. Viver com hipertensão arterial: modo adaptativo fisiológico e necessidade de educação em saúde. *Rev. Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 144-52, 2004.

ROMANO-LIEBER, N. S. et al. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1499-1507, nov./dez. 2002.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Tânia Cristina Freitas Barbosa*

Discente do curso de graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina (UEL).

e-mail: <tania53_uel@yahoo.com.br>

Naiara Barros Polita

Discente do curso de graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina (UEL).

e-mail: <naiarapolita@hotmail.com>

Eleine Aparecida Penha Martins Nonino

Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP).

e-mail: <eleinemartins@uel.br>

*** Endereço para correspondência:**

Rua Jorge Velho 512, apto 301 – CEP 86010-600 – Londrina, Paraná, Brasil.
