

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**BIANCA REIS VIEIRA**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A ADESÃO  
MEDICAMENTOSA NO TRATAMENTO DE DOENÇAS  
CRÔNICAS PELOS IDOSOS ANALFABETOS QUE RESIDEM  
SOZINHOS NO TERRITÓRIO DA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE PERPÉTUO SOCORRO II DO MUNICÍPIO DE NOVO  
ORIENTE – MINAS GERAIS**

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**2019**

**BIANCA REIS VIEIRA**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A ADESÃO  
MEDICAMENTOSA NO TRATAMENTO DE DOENÇAS  
CRÔNICAS PELOS IDOSOS ANALFABETOS QUE RESIDEM  
SOZINHOS NO TERRITÓRIO DA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE PERPÉTUO SOCORRO II DO MUNICÍPIO DE NOVO  
ORIENTE – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Ernesto Silva

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**2019**

**BIANCA REIS VIEIRA**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A ADESÃO  
MEDICAMENTOSA NO TRATAMENTO DE DOENÇAS  
CRÔNICAS PELOS IDOSOS ANALFABETOS QUE RESIDEM  
SOZINHOS NO TERRITÓRIO DA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE PERPÉTUO SOCORRO II DO MUNICÍPIO DE NOVO  
ORIENTE – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Prof. Dr. Alexandre Ernesto Silva – orientador (UFSJ)

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 20/07/2019.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus parte primordial em minha vida, onde por meio da Fé sei que tudo posso Naquele que me fortalece.

Aos meus pais, responsáveis diretamente pela profissional que sou.

Agradeço ainda a toda minha família e amigos, onde entenderam cada ausência minha em nossas reuniões e comemorações.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação.

Muito Obrigada a todos!

*O melhor remédio e a melhor prevenção para a  
nossa **saúde** e de nosso planeta é a **EDUCAÇÃO!***

## RESUMO

Atualmente com o aumento da expectativa de vida, os idosos já são atualmente grande parte da população atendida nas Estratégias de Saúde da Família e as doenças crônicas não transmissíveis como a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus perfazem a maioria dos atendimentos. O objetivo deste trabalho foi elaborar uma proposta de intervenção para adesão medicamentosa no tratamento de doenças crônicas pelos idosos analfabetos que residem sozinhos. Para subsidiar a elaboração da proposta de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, nos sites SciELO e BIREME, foram também utilizadas as publicações do Ministério da Saúde e livros que abordavam o tema deste trabalho. A proposta de intervenção foi elaborada seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. Espera-se que, com as ações propostas haja uma melhor adesão ao tratamento dos idosos, da Unidade Básica de Saúde Perpétuo Socorro II do município de Novo Oriente – Minas Gerais.

**Descritores:** Hipertensão. Diabetes Mellitus. Adesão ao Tratamento.

## **ABSTRACT**

Currently, with increasing life expectancy, the elderly are already a large part of the population served in the Family Health Strategies, and non-communicable chronic diseases such as Hypertension and Diabetes Mellitus account for the majority of the visits. The objective of this work was to elaborate a proposal of intervention for medication adherence in the treatment of chronic diseases by illiterate elderly living alone. In order to subsidize the elaboration of the intervention proposal, a bibliographic research was carried out in the databases of the Virtual Health Library, in the SciELO and BIREME sites, the publications of the Ministry of Health and books that dealt with the theme of this work were also used. The intervention proposal was elaborated following the steps of situational strategic planning. It is hoped that, with the proposed actions, there will be a better adherence to the treatment of the elderly of the Basic Perpetual Relief II Health Unit of the municipality of Novo Oriente - Minas Gerais.

Key words: Hypertension. Diabetes Mellitus. Treatment adherence. Belo Oriente.

## LISTA DE ABREVIATURAS

|      |   |
|------|---|
| APS  | Atenção Primária à Saúde                        |
| ACS  | Agente Comunitário de Saúde                     |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis             |
| DM   | Diabetes Mellitus                               |
| ESF  | Estratégia Saúde da Família                     |
| HAS  | Hipertensão Arterial Sistêmica                  |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MS   | Ministério da Saúde                             |
| SUS  | Sistema Único de Saúde                          |



## SUMÁRIO

|          |  |   |
|----------|--|---|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>Erro! Indicador não definido.9</b>     |
| 1.1      | Breves informações sobre o município de Ribeirão das Neves .....                   | <b>Erro!<br/>Indicador não definido.9</b> |
| 1.2      | O sistema municipal de saúde .....   | <b>Erro! Indicador não definido.</b>      |
| 1.3      | A Equipe de Saúde da Família Nova Pampulha I, seu território e sua população ..... | <b>Erro! Indicador não definido.</b>      |
| 1.4      | Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....           | <b>Erro!<br/>Indicador não definido.2</b> |
| 1.5      | Priorização dos problemas .....  | <b>Erro! Indicador não definido.</b>      |
| <b>2</b> | <b>JUSTIFICATIVA</b> .....   | <b>Erro! Indicador não definido.</b>      |
| <b>3</b> | <b>OBJETIVO</b> .....  | <b>Erro! Indicador não definido.</b>      |
| <b>4</b> | <b>METODOLOGIA</b> .....   | <b>Erro! Indicador não definido.</b>      |
| <b>5</b> | <b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....   | <b>Erro! Indicador não definido.</b>      |
| <b>6</b> | <b>PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....   | <b>Erro! Indicador não definido.</b>      |
| 6.1      | Descrição do problema selecionado .....  | <b>Erro! Indicador não definido.2</b>     |
| 6.2      | Explicação do problema selecionado.....  | <b>Erro! Indicador não definido.2</b>     |
| 6.3      | Seleção dos nós críticos .....   | <b>Erro! Indicador não definido.2</b>     |
| 5.4      | Desenho das Operações .....  | <b>Erro! Indicador não definido.3</b>     |
| <b>6</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | <b>Erro! Indicador não definido.7</b>     |
|          | <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | <b>Erro! Indicador não definido.8</b>     |

# **1 INTRODUÇÃO**

## **1.1 Breves informações sobre o município de Belo Oriente- Minas Gerais.**

Belo Oriente é um município com 23.397 habitantes de acordo com estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2016 localizado na região leste do Estado e distante 275 km da Capital do estado (IBGE, 2017).

Antes do processo de industrialização do Vale do Aço desenvolvia-se no município de Belo Oriente, a cultura de milho, feijão, arroz, café, algodão, cana-de-açúcar. Com a implantação da Usiminas, consolida-se o processo industrial na região do Vale do Aço. Até 1930, a agricultura era bastante praticada no município. A partir de 1930 a pecuária inicia o processo de desenvolvimento de 1940 até 1950, a agropecuária atinge seu nível máximo no município. Neste período o comércio era caracterizado apenas varejista, importando produtos industrializados e manufaturados e exportando produtos alimentícios.

Na década de 40, com o alto índice de desenvolvimento da agropecuária, implanta-se no município o comércio atacadista e continua importando produtos industrializados e manufaturados. Na década de 70, o complexo industrial da Cenibra.

Em divisão territorial datada de 2001, o município é constituído de 4 distritos: Belo Oriente, Bom Jesus do Bagre, Perpétuo Socorro e São Sebastião de Braúnas. Na cultura, o artesanato é uma das formas mais espontâneas da expressão cultural belorientina, segundo o IBGE, as principais atividades artesanais desenvolvidas em Belo Oriente são o bordado e os trabalhos com fibras vegetais e material reciclável. Perpétuo Socorro, também conhecido como Cachoeira Escura, é um distrito do município de Belo Oriente, localizado a 18 km do mesmo. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população no ano de 2010 era de

8.823 habitantes, sendo 4 323 homens e 4 500 mulheres, possuindo um total de 2.811 domicílios particulares (IBGE, 2017).

Atualmente, a população empregada vive basicamente do trabalho na empresa Cenibra, em pequenos comércios locais., da prestação de serviços e da economia informal, dentro do município e até mesmo na região do Vale do Aço.

É grande o número de desempregados e subempregados. A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo.

Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar entre menores de 14 anos.

A população, em seus momentos de lazer, costumam aproveitar das belezas naturais da região, e praticar atividades como a pesca. Em Cachoeira Escura, trabalham três Equipes de Saúde da Família – Equipe II, IV e VIII - e uma Equipe de Saúde Bucal.

## **1.2 O sistema municipal de saúde de Belo Oriente**

As Unidades de Saúde são distribuídas entre os distritos. Em 2009, o município possuía 18 estabelecimentos de saúde entre hospitais, prontos-socorros, Unidade Básica de Saúde e serviços odontológicos, sendo 13 públicos (todos municipais) e cinco privados. Do total de estabelecimentos, 15 fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Um grande problema no desenvolvimento das Estratégias de Saúde da Família, em que pese uma remuneração superior à média do mercado, é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.

## **1.3 A Equipe de Saúde da Família Perpétuo Socorro II, seu território e sua população**

A Unidade Básica de Saúde Perpétuo Socorro II, inaugurada em janeiro de 2017, se encontra entre a entrada e o centro da cidade. É uma Unidade recém-construída e preparada para o funcionamento de um Centro de Saúde. Possui algumas

inadequações, mas no geral, possibilita o bom funcionamento diário considerando a demanda, que no total, é de uma população de 2940 pessoas.

A recepção possui um tamanho adequado, com 15 cadeiras para pacientes em espera, banheiros, e bebedouro. Durante a manhã, horário de marcação de consultas, há certo tumulto no local, com rápida dispersão das pessoas, sem atrapalhar o serviço no geral. A sala destinada às reuniões foi ocupada pela farmácia, que atende toda a área do distrito, o que impossibilita reuniões, encontros de grupos, forçando que os mesmos se realizem na recepção.

Há uma sala específica para atendimento de ginecologia, com mesa ginecológica e banheiro. Possui também uma sala de curativos e outra para medicação com vários medicamentos tópicos e intravenosos disponíveis, oxigênio, nebulizador, instrumental cirúrgico básico, aparelhos de medição de pressão, frequência, saturação, oxigênio e duas macas de repouso.

Na unidade, há, além do atendimento em clínica geral, o atendimento por Cardiologista, Ginecologista e Obstetra, Pediatra e Ortopedista, o que facilita a interação entre os especialistas visando o melhor atendimento dos pacientes.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta da Associação Comunitária. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe. O maior problema atual é o calor, pois na Unidade não possui ventiladores suficientes. Os raios do sol entram nas salas durante todo o dia, e não possui cortinas, toldos ou outro mecanismo parecido.

A Unidade de Saúde funciona das 07:00h às 16:00h, com horário de almoço entre 12:00h e 13:00h. Há duas recepcionistas e uma coordenadora, que se dividem entre as funções administrativas.

As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), no total de sete permanecem na área de abrangência da Unidade durante a manhã, coletando dados, agendando preventivos e organizando presença nos grupos, e auxiliando os necessitados. À tarde retornam a Unidade para atualização de dados e reuniões.

As três técnicas de enfermagem existentes se dividem entre medicação, curativos e coleta de dados vitais e medidas antropométricas.

A enfermeira permanece na Unidade durante todo o funcionamento, se organizando entre consultas puerperais, coleta de preventivo, consulta de puericultura e triagem para a livre demanda, além de realizar reuniões com os ACS e acompanhar o médico na visita domiciliar semanal.

Todos os funcionários se interagem bem, são pontuais, profissionais e tentam driblar a todo o momento as dificuldades encontradas em um sistema de saúde, visando o bem-estar diário da equipe, e, principalmente, a resolução dos problemas apresentados pela comunidade.

O tempo da Unidade está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea, e com atendimento de alguns programas, como: pré-natal, puericultura, hiperdia (grupo de hipertensos e diabéticos), puericultura e grupo contra o tabagismo.

O hiperdia é realizado semanalmente, sendo cada semana de responsabilidade de uma ACS. Nele há uma recepção da enfermagem, com abordagem de temas da saúde diversos, e posteriormente coleta de dados vitais e consulta médica. Todo paciente é atendido por todos os profissionais da Unidade, com horário agendado e limite de atendimento em cada grupo (cerca de dez)

O grupo contra o tabagismo é realizado uma vez na semana, com encontros dentro da Unidade, tendo auxílio de psicólogo, educador físico, médico, farmacêutico e coordenado pela enfermeira. Há disponibilidade de medicamentos que auxiliam na adesão ao tratamento, como adesivos de nicotina e goma de mascar. A adesão ao grupo é boa, sendo a permanência no mesmo regular, o que fez a equipe treinada realizar uma reunião visando planejamentos para grupos próximos.

A ausência de um projeto e de avaliação do trabalho tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe, principalmente entre enfermeira e ACS. Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento.

#### **1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)**

A partir da realização de pesquisa em dados de prontuários e entrevistas realizadas com a comunidade temos os seguintes problemas de saúde que sobressaem:

Populações de diabéticos e hipertensos não ingerem medicação em doses e horários corretos, falta de adesão ao tratamento;

Pouca disponibilidade de verba para material necessário para emergência.

Município não possui Hospital;

Saneamento básico ineficiente

### 1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

| <b>Quadro 1</b> - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Perpétuo Socorro II, Município de Belo Oriente-MG |                    |                             |                                    |                |
|---|--------------------|-----------------------------|------------------------------------|----------------|
| <b>Principais problemas</b>   | <b>Importância</b> | <b>Urgência (nota 0-10)</b> | <b>Capacidade de Enfrentamento</b> | <b>Seleção</b> |
| População com DM e HAS sem adesão ao tratamento   | Alta               | 10                          | Parcial                            | 1              |
| Poucos recursos para emergência   | Alta               | 10                          | Nenhum                             | 2              |
| Município não possui hospital   | Média              | 8                           | Nenhum                             | 3              |
| Saneamento Básico ineficiente   | Média              | 7                           | Nenhum                             | 4              |

A partir da priorização foi selecionado o problema: falta de adesão ao tratamento à Diabetes Mellitus e à Hipertensão Arterial Sistêmica da ESF Perpétuo Socorro II.

## 2 JUSTIFICATIVA

O interesse pelo tema para o presente estudo surgiu quando por meio do levantamento de dados em conjunto com os trabalhadores da unidade para a realização do diagnóstico situacional conforme explicitado por Campos, Faria e Santos (2010) verificamos que um dos principais entraves para o tratamento continuado dos pacientes idosos do programa HIPERDIA é o analfabetismo, deste modo, a unidade iniciou um acompanhamento com eles mais íntimo, no sentido de orientá-los sobre os medicamentos com outros métodos, um dos principais que estamos utilizando é a associação com os horários da alimentação, café, almoço e jantar.

Portanto, com a implementação de um plano de trabalho, procuraremos reduzir o uso errôneo das medicações, a fim de reduzir as intercorrências como o descontrole de uma doença crônica e suas complicações, efeitos adversos, novas patologias decorrentes do uso inadvertido de drogas com baixo índice terapêutico, sequelas irreversíveis, internações, procedimentos e condutas desnecessárias, nesses pacientes de risco. Considerando a importância que representa o uso correto de medicamentos entre a população idosa e a necessidade de se adotarem estratégias que visem à adesão ao tratamento e à utilização correta dos medicamentos.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar uma proposta de intervenção para adesão medicamentosa no tratamento de doenças crônicas pelos idosos analfabetos que residem sozinhos.

#### **3.1 Objetivos específicos**

Identificar e registrar os fatores determinantes da não adesão medicamento pelos idosos.

Propor ações para melhorar controle das doenças crônicas no idoso analfabeto.

Propor ações para inserir o idoso que mora sozinho, no convívio familiar.

Propor ações para instruir os idosos analfabetos.



## **4 METODOLOGIA**

A metodologia do presente estudo baseou-se no Planejamento Estratégico Situacional, conforme disposto por Campos, Farias e Santos (2010), instrumento utilizado para identificar e resolver os problemas, de modo a abordar e propor soluções.

Para o embasamento teórico foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde por meio dos seguintes descritores:

Hipertensão.

Diabetes Mellitus.

Adesão ao Tratamento.

A proposta de intervenção foi elaborada seguindo os passos do planejamento estratégico situacional trabalhado por Campos, Faria e Santos (2010).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Estratégia Saúde da Família

No Brasil foi instituído em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), ao qual cabe identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular políticas de saúde destinadas a promover ações e serviços de saúde; bem como assistir as pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (GIACOMOZZI; LACERDA, 2016, p. 645).

O Sistema Único de Saúde (SUS) busca alternativas para incrementar a qualidade da assistência de acordo com as novas demandas vindas da população. Com a finalidade de reordenar o modelo assistencial foi criado em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) que, atualmente, tem sido denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). O PSF trouxe no seu esboço a definição de trabalhar com a concepção de território, população adscrita, trabalho em equipes e com responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012).

O PSF surgiu para romper o modelo fragmentado centrado em procedimentos de complexidade de maior densidade tecnológica para uma atenção fortemente voltada para a promoção da saúde e prevenção de doenças sendo proativa e que suas ações deveriam ser contínuas e integradas a uma rede de atenção à saúde (MENDES, 2012).

Reconhece-se que compete à atenção primária à saúde fazer as ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam hoje uma grande demanda de atendimento nas unidades de saúde, onde os pacientes buscam atendimento por complicações ou para troca de receitas para adquirir medicamentos. São principalmente, os portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes e as doenças cardiovasculares que liberam a demanda espontânea na unidade básica de saúde. Essas doenças quando não tratadas adequadamente, uma das complicações frequente é a insuficiência renal (MENDES, 2012).

## 5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas.

É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronariana (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Segundo Kohlmann Jr *et al.* (1999, p. 257) destacam que

A Hipertensão Arterial, uma entidade clínica multifatorial, é conceituada como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular)

A hipertensão arterial é reconhecidamente uma doença de alta prevalência nacional e mundial, com elevado risco de morbimortalidade o que a caracteriza como um grave problema de saúde pública. Por ser de evolução lenta e silenciosa, dificulta os indivíduos perceberem que são portadores da doença (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A HAS também conhecida como pressão alta é uma doença silenciosa, pois geralmente não causa qualquer tipo de sintoma durante muitos anos, até que um órgão-vital seja afetado. Esta doença causa diminuição da expectativa de vida, aumentando a mortalidade entre homens e mulheres (NEGRINI *et al.*, 2018).

Sobre a prevalência da hipertensão arterial na população idosa, Malaquias em seu estudo afirma que os idosos constituem o segmento que mais cresce na população brasileira no diagnóstico da hipertensão arterial. Uma consequência do envelhecimento populacional, tem se evidenciado a partir do aumento do número de agravos relacionados a doenças crônicas não transmissíveis e incapacitantes, configurando assim em um paradigma moderno para as sociedades no trato desse tema, na perspectiva de oferta de um novo cuidado que atenda essa demanda (MALACHIAS *et al.*, 2016).

No Brasil, a realidade apresentada pelo Ministério da Saúde sobre as pessoas idosas, mostra que a hipertensão confirma a prevalência nessa fase da vida,

acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas com mais de 60 anos de idade. É um fator determinante de morbimortalidade, mas, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Dessa forma, a hipertensão arterial sistêmica constitui um dos principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constitui um grave problema de saúde pública, a qual cerca de 60% a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica (MALACHIAS *et al.*, 2016).

De acordo com Negrini *et al.* (2018) a proporção de idosos morando sozinhos no Brasil foi de 15,3% (14,4%-16,2%, intervalo de confiança de 95%) em 2013. Essa proporção variou geograficamente, com a porção mais rica do país (regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste) apresentando valores mais elevados que as regiões mais pobres (Norte e Nordeste), ainda nesta pesquisa revelou que, em geral, as mulheres moram mais sozinhas quando comparada aos homens. Em relação à alimentação, verificou-se que os idosos que moram acompanhados se alimentam melhor e fazem o tratamento medicamentoso sobre supervisão melhorando a adesão deste.

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta de intervenção refere-se ao problema priorizado “Não Adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### **6.1 Descrição do problema selecionado**

Após realização do diagnóstico situacional e uma breve discussão com a equipe de saúde Perpétuo Socorro, verificamos que a saúde em geral, não possui grandes problemas, contudo, um nó crítico que notamos são os idosos diabéticos e hipertensos que não são alfabetizados, o que dificulta a ingestão e uso de medicamentos, respeitando doses e horários corretos.

Para que consigamos a adesão do tratamento deste público especial, fazemos atendimento com a equipe multiprofissional, onde serão ensinados como utilizar os medicamentos a serem tomados nos horários matutino, vespertino e noturno, bem como a quantidade correta de cada um.

### **6.2 Explicação do problema selecionado**

Principal nó Crítico - Idosos hipertensos e diabéticos Analfabetos

**Nível de Informação:** Falta de orientação adequada aos idosos e a família sobre a importância da continuidade do tratamento de Hipertensão e Diabetes.

**Estrutura do Serviço de Saúde:** falta estrutura física adequada e acesso em nossa ESF, para realizar o atendimento aos pacientes idosos hipertensos e diabéticos, como salas próprias e equipamentos para aferição de sinais vitais e glicemia capilar em jejum e pós prandial.

**Insumos materiais:** medicamentos de diabetes e hipertensão arterial, bem como exames complementares, materiais didáticos para realizar educação continuada com estes pacientes.

**Processo de trabalho da equipe de saúde:** ter na agenda anual a formação e realização de grupos específicos de atendimento para HIPERDIA

A partir desta constatação, optou-se por escolher esse problema como tema deste trabalho, para que estes pacientes sejam identificados e cuidados pela ESF, fazendo com que reduza drasticamente a morbimortalidade que estas doenças trazem que atualmente é um problema de saúde pública. O interesse pelo referido tema surgiu durante minha atuação como médica responsável pela equipe da Estratégia de Saúde da Família.

### 6.3 Seleção dos “nós críticos”

Destaca-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus são temas amplamente abordados na literatura, fundamentado tanto em artigos quanto em livros científicos, com importante destaque para a promoção da saúde para evitar que os idosos analfabetos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus tenham descompensações e possam aderir ao tratamento correto.

### 6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Sexto passo: desenho das operações

| Nó crítico          | Operação/ Projeto                  | Resultados esperados   | Produtos esperados   | Recursos necessários                   |
|---------------------|------------------------------------|--|--|--|
| Nível de Informação | O que os pacientes precisam saber? | -Realização de Palestras para o HIPERDIA.<br>- reprodução de material áudio visual sobre meios mais simples de prescrever a medicação, com apoio de utensílios domésticos para que os idosos associem o medicamento aquele | - Organizacional: organizar as palestras<br>- Cognitivo: capacitadores para passar informações sobre o tema<br>- Financeiro: aquisição de utensílios para juntar a terapia | Ator que controla: Enfermeiro e Médico |

|  |                                  |   |  |   |
|--|----------------------------------|---|--|---|
|  |                                  | objeto.   | medicamentosa  |   |
| <b>Insumos Materiais</b>                       | Farmácia Ativa                   | -pacientes em uso de medicamentos de forma regular.<br>- Disponibilizar na farmácia básica da cidade os medicamentos para hipertensão e diabetes conforme prescrição médica | -Financeiro: aquisição dos medicamentos<br>- Organizacional: organizar os materiais para distribuição  | Ator que controla: Farmácia             |
| <b>Processo de Trabalho da Equipe de Saúde</b> | Implantar linha guia do HIPERDIA | - padronização do manejo clínico adequado;<br>- processo de trabalho adequado.  | - Cognitivo: elaboração do projeto nessa linha do cuidado;<br>- Político: articulação entre os setores da saúde e os profissionais.<br>- Organizacional: adequação do fluxo. | Ator que controla: Médico e enfermeiro. |

Fonte: Aatoria Própria

### Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

| Operação/Projeto                   | Recursos críticos   |
|------------------------------------|---|
| O que os pacientes precisam saber? | <b>Político:</b> conseguir insumos para iniciar a educação continuada com este público alvo.<br><b>Financeiro:</b> recursos para exposição de aulas áudio visuais |
| Farmácia Ativa                     | <b>Financeiro:</b> disponibilização de verba para compra de medicamentos<br><b>Político:</b> manter a farmácia com medicamentos                                   |
| Implantar linha guia do HIPERDIA   | <b>Político:</b><br><b>Financeiro:</b> medicamentos e exames laboratoriais disponíveis para os pacientes.   |

Fonte: Aatoria Própria

### Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

| Operações/Projetos                 | Recursos críticos   | Controle dos recursos críticos          |                        | Ações estratégicas   |
|------------------------------------|---|---|------------------------|--|
|                                    |   | Ator que controla                       | Motivação              |  |
| O que os pacientes precisam saber? | <b>Político:</b> conseguir insumos para iniciar a educação continuada com este público alvo.<br><b>Financeiro:</b> recursos para exposição de aulas áudio visuais | Ator que controla: Enfermeiro e Médico  | Favorável<br>Favorável | Realizar o projeto junto a equipe de saúde                     |
| Farmácia Ativa                     | <b>Financeiro:</b> disponibilização de verba para compra de medicamentos<br><b>Político:</b> manter a farmácia com medicamentos                                   | Ator que controla: Farmácia             | Favorável              | Apresentar o projeto a farmácia básica e a secretaria de saúde |
| Implantar linha guia do HIPERDIA   | <b>Político:</b> medicamentos e exames laboratoriais disponíveis para os pacientes.   | Ator que controla: Médico e enfermeiro. | Favorável              |  |

Fonte: Autoria Própria

### Nono passo: elaboração do plano operativo

| Operações                          | Resultados   | Produtos   | Ações Estratégicas                         | Responsável                            | Prazo                    |
|------------------------------------|--|--|--|--|--------------------------|
| O que os pacientes precisam saber? | -Realização de Palestras para o HIPERDIA.<br>- reprodução de material áudio visual sobre meios mais simples de prescrever a medicação, com apoio de utensílios domésticos para que os idosos associem o medicamento aquele objeto. | - Organizacional: organizar as palestras<br>- Cognitivo: capacitadores para passar informações sobre o tema<br>- Financeiro: aquisição de utensílios para juntar a terapia medicamentosa | Realizar o projeto junto a equipe de saúde | Ator que controla: Enfermeiro e Médico | Fazer o projeto 2 meses. |



|                                  |   |  |  |   |  |
|----------------------------------|---|--|--|---|--|
| Farmácia Ativa                   | -pacientes em uso de medicamentos de forma regular.<br>- Disponibilizar na farmácia básica da cidade os medicamentos para hipertensão e diabetes conforme prescrição médica | -Financeiro: aquisição dos medicamentos<br>- Organizacional: organizar os materiais para distribuição  | Apresentar o projeto a farmácia básica e a secretaria de saúde | Ator que controla: Farmácia             | Apresentar o projeto em 2 meses e iniciar as atividades em 3 meses |
| Implantar linha guia do HIPERDIA | - padronização do manejo clínico adequado;<br>- processo de trabalho adequado.  | - Cognitivo: elaboração do projeto nessa linha do cuidado;<br>- Político: articulação entre os setores da saúde e os profissionais.<br>- Organizacional: adequação do fluxo. | Apresentar o projeto a equipe                                  | Ator que controla: Médico e enfermeiro. | Início do projeto 2 meses.   |

Fonte: Autoria Própria

## 6.9 Gestão do plano

O sistema de gestão é de grande importância diante das ações de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando caso seja necessário as correções devidas. Deve-se garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo uma boa articulação entre os planejadores e executores. Avaliações periódicas devem ser realizadas com todos os envolvidos, a fim de garantir o sucesso das atividades, e as possíveis alterações que necessitam ser realizadas, para o desenvolvimento do projeto.

O gerenciamento do plano se dará trimestralmente, serão reavaliados a partir da redução de níveis pressóricos e melhoramento do quadro clínico dos pacientes.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir do presente estudo foi possível verificar a importância da adesão ao tratamento medicamentoso de idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, onde o analfabetismo destes colocam em risco seu tratamento, uma vez que, dificultam a tomada dos medicamentos nas doses e horários corretos.

Será a partir da implantação do presente projeto de intervenção que faremos ações de educação em saúde voltadas a este público, visando um melhor entendimento por meio de marcações com cores, figuras exemplificando o momento da ingestão e quantos medicamentos serão “tomados”.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3)>

GIACOMOZZI, C. L.; LACERDA, M. R. Prática de assistência domiciliar dos profissionais da estratégia saúde de família. **Texto Contexto Enferm.** v. 15, n. 4, p. 645-53, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades e População. 2017. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-orienteneves/panorama>. Acesso jun. 2017.

KOLMMANN JR. O. *et al.* III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v.43, n.4, p. 257 – 286, 1999.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.**, v. 107, n. 3, (3 Supl), p. 1- 83, 2016 .

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Organização Pan-Americana de Saúde, Brasília, 2012.

NEGRINI, E. L. D. *et al.* Elderly persons who live alone in Brazil and their lifestyle. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 523-531, Oct. 2018 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232018000500523&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000500523&lng=en&nrm=iso)>. access on 25 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180101>.

OLIVEIRA, S.; SANTOS, J.; LEBRÃO, M.; DUARTE, Y.; PIERIN, A. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. **Texto & Contexto - Enferm.**, v.17, n. 2, p. 241-249, 2008.