

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

JOÃO PAULO MORAES GOMES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHOR ADESÃO DOS IDOSOS
AO TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
NO TERRITÓRIO DA EQUIPE DE SAÚDE LINDALVA FERREIRA
CASTRO EM ARAPORÃ, MINAS GERAIS**

UBERABA – MINAS GERAIS

2017

JOÃO PAULO MORAES GOMES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHOR ADESÃO DOS IDOSOS
AO TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
NO TERRITÓRIO DA EQUIPE DE SAÚDE LINDALVA FERREIRA
CASTRO EM ARAPORÃ, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete-

UBERABA – MINAS GERAIS

2017

JOÃO PAULO MORAES GOMES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHOR ADESÃO DOS IDOSOS
AO TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
NO TERRITÓRIO DA EQUIPE DE SAÚDE LINDALVA FERREIRA
CASTRO EM ARAPORÃ, MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora

Profa Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 22/12/2017

DEDICO

À comunidade de Araporã que me acolheu.

À equipe Lindalva Ferreira de Castro que partilhou comigo da busca pelo conhecimento.

Aos meus familiares e amigos que sempre me incentivaram em todos os momentos da minha formação.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade de me fazer útil ao próximo.

A minha equipe pela participação e ajuda.

“Uma pérola é um templo construído pela dor à volta de um grão
de areia. Que nostalgia nos construiu o corpo e à volta de que
grãos?”

Khalil Gibran

RESUMO

Araporã é um município localizado no triângulo mineiro e possui uma população aproximada de 6.657 habitantes. O diagnóstico situacional da equipe de saúde da família Lindalva Ferreira de Castro apontou como problema principal a falta de adesão dos idosos ao tratamento de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. O objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção para melhoria da adesão dos idosos ao tratamento das doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão e diabetes atendidos na Unidade Básica de Saúde Lindalva Ferreira de Castro. O projeto se fundamentou no Planejamento Estratégico Situacional e em revisão da literatura de saúde, mediante consulta nas bases eletrônicas de dados bibliográficos da Biblioteca Virtual em Saúde como a da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) com os descritores: hipertensão, diabetes mellitus e saúde do idoso. Com o plano de intervenção pretende-se melhorar a adesão ao tratamento das doenças crônicas e atingir um melhor nível de controle das doenças crônicas entre os idosos da comunidade.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Hipertensão. Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Araporã is a city located in the triângulo mineiro region and has an approximate population of 6,657 inhabitants. The situational diagnosis of the UBS team Lindalva Ferreira de Castro pointed out as main problem the lack of adherence of the elderly to the treatment of Diabetes Mellitus and Systemic Hypertension. The objective of this study was to elaborate an intervention project to improve the adherence of the elderly to the treatment of chronic noncommunicable diseases, such as hypertension and diabetes, treated at the Lindalva Ferreira de Castro Basic Health Unit. The project was based on Situational Strategic Planning and literary review on the subject, through consultation in the electronic databases of bibliographical data of the Virtual Health Libraries, such as the Latin American Literature in Health Sciences (LILACS) and the *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) with the descriptors: hypertension, diabetes mellitus and health of the elderly. With the intervention plan, the intention is to improve adherence to the treatment of chronic diseases and achieve a better level of control of chronic diseases among the elderly in the community.

Keywords: Diabetes Mellitus. Hypertension. Health of the Elderly.

SÚMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS.....	14
3.1 Objetivo geral.....	14
3.2 Objetivos específicos.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	17
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	17
5.2 Diabetes Mellitus.....	18
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	20
6.1 Identificação e priorização do problema.....	20
6.2 Identificação dos nós críticos.....	20
6.3 Ações propostas.....	22
6.4 Recursos críticos de atores.....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERENCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

Araporã é uma cidade com 6.657 habitantes, localizada na região norte do Triângulo Mineiro. Apesar do pequeno porte da cidade, seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) tem aumentado nos últimos anos. Atualmente a cidade possui um IDH de 0,708, o que situa o município na faixa de desenvolvimento humano alto. A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é a longevidade seguida da renda e da educação, conforme o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2013).

Araporã, desde a sua fundação, a principal atividade econômica da cidade é o agronegócio. A cidade vive basicamente da agricultura (plantio de cana de açúcar), da usina de açúcar, da usina hidrelétrica (Hidrelétrica de Itumbiara) e de um modesto comércio local, que juntos geram a maior parte da arrecadação fiscal. A agricultura familiar, assim como os movimentos culturais, tem perdido cada vez mais espaço com o envelhecimento da população e a migração dos jovens em direção as cidades de maior porte (IBGE, 2010).

Grande parte dos moradores tem renda fixa proveniente de aposentadorias e pensões e, portanto, possuem um poder aquisitivo melhor que o do restante da população da cidade. Os jovens da comunidade trabalham, em sua maioria, na cidade vizinha (Itumbiara – GO) por não encontrarem outras oportunidades de emprego em Araporã além das lavouras de cana-de-açúcar.

A coleta de lixo, o saneamento básico e a eletricidade não são grandes problemas na comunidade. Por outro lado, as moradias são antigas e algumas muito precárias. Os hábitos populacionais mais observados são os de cunho religioso. A comunidade tem uma forte ligação com a igreja.

No que diz respeito aos serviços de saúde, o município conta com três equipes de saúde da família, que são suficientes para cobrir toda a população. Além das três unidades de saúde, existem ambulatórios de Ginecologia, Ortopedia e Cardiologia, um Pronto-Socorro, um Hospital Municipal, um laboratório particular e uma farmácia

municipal. Através da Associação dos Municípios da Microrregião do Vale do Paranaíba (AMVAP), os casos mais graves são encaminhados para Uberlândia.

O Hospital Municipal está localizado na área de abrangência da comunidade. Por possuir três escolas, o nível educacional entre os mais jovens é satisfatório. Porém, o analfabetismo é comum entre os mais velhos, que compõem a grande maioria dos moradores da comunidade.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Lindalva Ferreira de Castro, onde atuo profissionalmente, está localizada no bairro Alvorada, onde residem os moradores mais antigos da cidade e, por isso, com maior número de idosos do município.

A comunidade Alvorada conta com uma creche, duas escolas municipais que oferecem o ensino básico e fundamental, uma escola estadual que oferece o ensino médio, duas praças, três igrejas, seis bares, uma “*lan-house*”, um clube e um campo de futebol.

A UBS atende 853 famílias, que representam um total de 2762 pessoas das quais aproximadamente 17% são idosas.

Ao realizar o diagnóstico situacional, uma atividade da disciplina de Planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), através de observação direta, discussão com a equipe e entrevista com os usuários do sistema, foram identificados alguns problemas que a comunidade enfrenta, dentre eles: falta de acessibilidade dos usuários à unidade; necessidade de mais consultas especializadas; falta de agentes comunitárias de saúde (ACS) para cobrir todo o território adstrito; alta rotatividade dos profissionais da unidade, principalmente médicos; falta de materiais na unidade básica de saúde e a baixa adesão ao tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, em especial a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), entre a população idosa.

A adesão ao tratamento é de suma importância para o controle das condições crônicas. Sua falta ou insuficiência podem levar a agravos sérios e incapacitantes ou até mesmo

a morte do portador, principalmente quando se considera a população idosa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Desta forma, alguns “nós críticos” relacionados a este problema foram delimitados, tais como: desinformação quanto às medidas não farmacológicas (dieta e atividade física) recomendadas no tratamento das condições crônicas mais prevalentes, desconhecimento sobre a importância e a correta utilização das medicações, dificuldades em organizar as diversas medicações (polifarmácia) e o horário que elas devem ser tomadas. Todos esses determinantes influenciam na aderência ao tratamento.

Também foram identificados que 340 idosos são hipertensos, 84,3% da população idosa, e 106 são diabéticos, 26,1% da população idosa. Durante as consultas médicas, consultas de enfermagem, visitas domiciliares e o diagnóstico situacional, foram observados que estes pacientes não apresentavam completa adesão às medidas terapêuticas tanto farmacológicas quanto não farmacológicas.

Devido ao impacto que a não adesão ao tratamento tem sobre a vida dos pacientes, este foi considerado um problema importante e urgente na comunidade, uma vez que a aderência ao tratamento é um dos principais objetivos do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde. A grande maioria dos “nós críticos” observados na questão da não aderência à terapia das doenças crônicas são passíveis de mudanças através de ações que, se bem estruturadas, se enquadram nas competências da Equipe de Saúde da Família.

2 JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas em si, como são assintomáticas na maioria das vezes, não determinam grandes limitações na vida destes pacientes. No entanto, as complicações decorrentes da existência destas condições crônicas sobre mau controle terapêutico são devastadoras, especialmente na vida dos idosos. As complicações comuns das doenças crônicas não transmissíveis tendem a piorar muito a qualidade de vida da população idosa, sendo muitas vezes, eventos determinantes de incapacidade física para a realização de atividades de vida diária, como cozinhar, tomar banho, vestir-se, etc. Por estes motivos, para evitar tais complicações, torna-se imprescindível para o bom controle clínico através da aderência a terapêutica das doenças crônicas não transmissíveis (ALVES, 2007).

Devido à falta de informação, incentivo ou mesmo desconhecimento da própria doença, muitos idosos não dão importância ao tratamento correto e continuado ao qual deveriam se submeter, desencadeando problemas de saúde mais graves e incapacitantes, que poderiam ser prevenidos. O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos.

Devido ao alto grau de necessidade encontrado na população adstrita à unidade, fez-se necessário um plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de DM e HAS entre os idosos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para melhoria da adesão dos idosos ao tratamento das doenças crônicas não transmissíveis, como a HAS e DM, atendidos pela UBS Lindalva Ferreira de Castro.

3.2 Objetivos específicos

Estimular o conhecimento dos idosos sobre a importância da terapia farmacológica no controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Elaborar um método de organização simples que permita aos idosos a separação de suas medicações e o uso correto ao longo do dia.

Promover a aproximação entre a comunidade idosa e a unidade de saúde fortalecendo o vínculo e estimulando o cuidado continuado.

4 MÉTODOLOGIA

Para a elaboração do plano de ação para melhor adesão dos pacientes idosos ao tratamento da hipertensão e diabetes pela equipe saúde da família (ESF) Lindalva Ferreira de Castro foram realizadas as etapas de diagnóstico situacional através de observação direta, reuniões da equipe de saúde e entrevistas aos usuários, com base no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) de acordo com Campos, Faria e Santos (2010).

Realizou-se revisão da literatura de saúde, mediante consulta na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os descritores empregados para a busca foram: hipertensão, saúde do idoso e diabetes mellitus.

A partir dos dados coletados, todo o material passou pela análise do autor e as medidas de maior impacto sobre a adesão ao tratamento das doenças crônicas foram usadas como base para a elaboração das intervenções a serem realizadas.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial é uma doença caracterizada pela alta pressão que o sangue exerce para se movimentar nas artérias, tipicamente uma pressão igual ou maior que 140/90 mmHg. Embora a hipertensão seja uma doença muitas vezes silenciosa, existem fatores de risco gritantes que devem ser levados em consideração para o desenvolvimento da doença; dentre eles, destacam-se o histórico familiar de hipertensão arterial, ingestão de grande quantidade de bebida alcoólica, tabagismo, dislipidemia, obesidade, vida sedentária, estresse e alimentação com excesso de sódio, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Cerca de 17 milhões de brasileiros são hipertensos. A porcentagem da doença aumentou em todas as faixas etárias, sendo que atualmente 63,2% das pessoas com 65 anos ou mais sofrem do problema. Estima-se que a hipertensão seja responsável por 80% dos acidentes vasculares encefálicos (AVE), 40% dos infartos e 25% dos casos de insuficiência renal terminal, além de ser um fator importante na gênese da insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão, angina, aneurismas e dissecação de aorta ((SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Estudo epidemiológico com idosos residentes na cidade de São Paulo encontrou prevalência de HAS de 62%, dos quais mais de 60% eram portadores de hipertensão sistólica isolada (HSI). A HAS é o mais importante fator de risco cardiovascular modificável, estando associada a condições bastante frequentes em idosos, como doença arterial coronária (DAC), doença cerebrovascular (DCV), insuficiência cardíaca (IC), doença renal terminal, doença vascular periférica, hipertrofia ventricular esquerda (HVE) e disfunção diastólica (MIRANDA *et al.*, 2002, p. 293).

Quanto ao tratamento da hipertensão, este se baseia em uma alimentação adequada com redução da ingestão de sódio, prática de exercícios físicos regulares, redução da ingestão de bebidas alcoólicas, cessação do tabagismo, tratamento da obesidade, controle do estresse e introdução de medicamentos anti-hipertensivos quando necessários (ARBEX; ALMEIDA, 2009).

Os principais fatores para a não adesão ao tratamento incluem desconhecimento sobre a doença, desconhecimento sobre como adequar a dieta, falta de estímulo e supervisão a prática de atividades físicas, desconhecimento quanto às medicações e dificuldades organizar o uso das mesmas (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010).

A meta para controle da Hipertensão Arterial são níveis pressóricos <140/90 mmHg em hipertensos estágios 1 e 2 com risco cardiovascular baixo e médio e 130/80 mmHg hipertensos com risco cardiovascular alto ou muito alto ou ainda diabéticos, portadores de síndrome metabólica ou lesão de órgãos alvo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Miranda *et al.* (2002, p. 296) indicam que “os pacientes devem ser educados em relação à doença durante as consultas médicas e, sempre que possível, em grupos com assistência multiprofissional”.

A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016, p. 5) recomenda que:

Estratégias para prevenção do desenvolvimento da HA englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O objetivo deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de FR associados, por meio da modificação do estilo de vida (MEV) e/ou uso regular de medicamentos, 2016, p.5

5.2 Diabetes Mellitus

O diabetes é uma síndrome do metabolismo que resulta no acúmulo de glicose na circulação sanguínea. Pacientes com diabetes apresentam deficiência na função da

insulina, o hormônio responsável por metabolizar a glicose, ou mesmo apresentam a falta de insulina no organismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

No diabetes mellitus tipo 1, a causa básica é uma doença autoimune que lesa irreversivelmente as células beta do pâncreas. Nos primeiros meses após o início da doença, são detectados no sangue anticorpos anti-insulina e anticorpos antidescarboxilase do ácido glutâmico (antiGAD). No diabetes mellitus do tipo 2, ocorrem diversos mecanismos de resistência à ação da insulina. O estilo de vida moderno tem papel fundamental no desenvolvimento do diabetes, quando consiste em hábitos que levam ao acúmulo de gordura principalmente na região abdominal, consumo excessivo de carboidratos simples e sedentarismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

O desenvolvimento de complicações crônicas decorrentes do diabetes está relacionado ao tempo de exposição à hiperglicemia. Tais complicações afetam órgãos como os rins, coração, vasos sanguíneos, nervos e retina (ZAGURY *et al.*, 2002).

O tratamento do diabetes visa manter um controle glicêmico evitando a hiperglicemia, está ligado à adoção de hábitos de vida saudáveis, principalmente, uma dieta balanceada, prática de exercícios físicos, uso de hipoglicemiantes orais e eventualmente a administração de insulina. Os fatores que dificultam a adesão terapêutica são os mesmos apresentados para a HAS e o bom controle clínico pode ser definido por níveis de hemoglobina glicosilada menor que 7% em geral (FARIA *et al.*, 2014).

Ainda Faria *et al.* (2014, p. 262 afirmam que :

[...] a ESF, como modelo de atenção à saúde preconizada para reorganização do sistema de saúde no Brasil a partir da Atenção Primária, deve direcionar esforços para melhor compreensão da complexidade da adesão ao tratamento medicamento e não medicamentoso para o diabetes.

A adesão ao tratamento é um fator essencial no controle de qualquer doença. Diversos são os determinantes envolvidos no processo de adesão. Algumas medidas como

metodologias e abordagens compreensivas, abordagem cognitivo comportamental, a problematização e o empoderamento, a abordagem familiar e a educação para o autocuidado em grupos são de grande valia no aumento da aderência a terapêutica proposta, especialmente em doenças crônicas, como Hipertensão e Diabetes que requerem cuidados prolongados (BRASIL, 2013).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Este projeto de intervenção se baseou em alguns passos do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Identificação e priorização do problema

A UBS Lindalva Ferreira de Castro é a que atende ao maior número de idosos no município de Araporã – MG. Dos 2.762 indivíduos atendidos pela unidade, 17,06% são idosos, dentre estes 340 são portadores de HAS e 106 são diabéticos, 84,3 e 26,1% respectivamente. A baixa adesão ao tratamento das doenças crônicas não transmissíveis, HAS e DM, pela população idosa, foi eleito como problema de maior prioridade a ser trabalhado para sua modificação pela equipe de saúde, no momento atual.

6.2 Identificação dos nós críticos

O primeiro “nó crítico” observado foi a desinformação da população sobre as medidas não farmacológicas a serem adotadas no tratamento de doenças crônicas como a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus Tipo II. Embora soubessem que atividade física e medidas dietéticas fazem parte do tratamento, a maioria dos pesquisados não sabia informar quais medidas deveriam ser adotadas. Por não possuírem orientação específica quanto ao assunto, a população simplesmente não praticava atividades físicas e dieta correta, ou mantinham práticas físicas e dietéticas não adequadas, mas que julgavam ser apropriadas. Boa parte dos pacientes admitiram que carecem de informações sobre o assunto e que a desinformação é um grande desestímulo à prática de hábitos de vida saudáveis.

Outro “nó crítico” constatado através da estimativa rápida foi que grande parte da população desconhece a finalidade das diversas medicações usadas na terapia farmacológica, assim como desconhece como se dá o uso de cada medicação. Muitos pacientes relatam fazer uso das medicações anti-hipertensivas e dos antidiabéticos

orais somente quando tem algum sintoma que julgam ser causado pela doença crônica que possuem, como no caso dos pacientes hipertensos que só fazem o uso da medicação quando tem dor de cabeça. Outros, por não saberem qual a finalidade do uso de determinada medicação, acabam não fazendo uso das mesmas. Há ainda aqueles que desconhecem a natureza crônica do uso de determinadas medicações, e fazem uso por um período de apenas 30 dias e depois interrompem o tratamento. Todas essas variantes que tangem o conhecimento sobre a terapia medicamentosa têm exercido grande influência na não aderência ao tratamento.

Além disso, a capacidade de manejo dos idosos das diversas medicações que necessitam fazer uso ao longo do dia tornou-se outro problema. A população idosa possui uma baixa escolaridade, ademais muitos já apresentam perdas cognitivas inerentes à idade, o que torna muito complicado o manejo da polifarmácia necessária ao tratamento das condições crônicas que tendem a se associar nessa fase da vida. Parte da população idosa revelou contar com o auxílio dos filhos mais jovens na separação e uso das medicações. No entanto, como boa parte da população mais jovem passa o dia no trabalho ou na escola, os idosos ficam desassistidos no uso de suas medicações ao longo do dia.

6.3 Ações propostas

Nesta etapa são delineadas as ações para solução dos nós críticos do problema levantado. O quadro 1, intitulado Plano Operativo, apresenta o delineamento das operações. O acompanhamento e avaliação do impacto das ações propostas serão realizados pelos mesmos métodos através dos quais se deu a seleção do principal problema de saúde.

Quadro 1 - Plano Operativo realizado pela ESF

Plano Operativo					
Operação	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Viver Melhor	Melhorar o nível de conhecimento sobre as medidas não farmacológicas no tratamento da HAS e DM. Diminuir o sedentarismo e tabagismo. Melhorar a alimentação da população.	Criação de um grupo operacional de idosos.	Reuniões mensais com grupo de idosos Reuniões entre a equipe de saúde da família. Reuniões entre a equipe de saúde, secretaria de saúde e órgão competentes da prefeitura.	Médico Enfermeira Ed. Físico Terapeuta Ocupacional	6 meses
Conhecer e Conviver	Melhorar o entendimento sobre o DM e HAS, suas causas e consequências, assim como a necessidade de tratamento e acompanhamento continuados.	Palestras na comunidade, no grupo operacional de idosos.	Discutir entre a equipe e comunidade a melhor forma de promover e trocar conhecimento com a comunidade.	Médico Enfermeiro ACS	6 meses
Cuidado em Ponto	Promover o uso correto das medicações	Programa “copinho da hora”	Capacitação das ACS para que nas visitas domiciliares ensinem o método aos pacientes e seus cuidadores	Médico Enfermeiro ACS	4 meses

Fonte: Autoria própria (2016)

6.4 Recursos críticos e atores

Os recursos indispensáveis para realização das operações e os atores responsáveis para que as mesmas sejam implementadas são apresentadas no quadro 2.

Quadro 2 - Recursos Críticos elaborado pela ESF Lindalva Ferreira de Castro

Recursos Críticos		
Operação/Projeto	Recursos Críticos	Atores
Viver Melhor	<i>Organizacional:</i> organizar um grupo operacional de idosos com estímulo a práticas de vida saudáveis por meio de atividades recreativas.	Profissionais da Saúde Con
Conhecer e Conviver	<i>Financeiro:</i> aquisição de materiais para confecção de panfletos e cartazes informativos. Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada.	Profissionais de Saúde Indivíduos da Comunidade
Cuidado em Ponto	<i>Organizacional:</i> organizar estratégias para uso das medicações. <i>Cognitivo:</i> ensinar a usar as medicações de forma correta e nos horários prescritos. <i>Financeiro:</i> material para auxílio no uso da medicação, recipientes e adesivos.	Profissionais de Saúde Indivíduos da Comunidade

Destaca-se que a partir da revisão da literatura foi iniciado o trabalho educativo com a equipe de saúde com a finalidade de capacitá-la para implementar o projeto de intervenção proposto, distribuir as funções entre os membros da equipe e sistematizar a avaliação dos resultados. Os encontros obedecerão a um roteiro pré-estruturado com um momento inicial para exposição do progresso realizado por cada integrante, um momento para exposição das dificuldades enfrentadas e possíveis soluções e um momento final para traçar os passos futuros.

O plano operativo seguirá um cronograma de seis meses. Inicialmente, os agentes comunitários de saúde visitarão os idosos atendidos pela UBS para convidá-los a fazer parte do grupo operacional de idosos a ser criado. Os idosos que aceitarem participar do grupo operativo participarão integralmente do projeto operacional, os demais receberão apoio e instrução domiciliar para que tenham condições de adotar hábitos saudáveis de vida, mesmo não participando do grupo operacional.

A partir do primeiro encontro, serão traçadas as metas com divisão de funções a cada responsável e cronograma, além da apresentação formal do projeto aos integrantes do grupo operacional. Do segundo encontro em diante, serão colocadas em prática as medidas contidas no plano operacional, incluindo palestras, dinâmicas, rodas de discussão e atividade física supervisionada.

As atividades desenvolvidas a partir do presente trabalho também deverão ter seus resultados avaliados. A avaliação se dará por meio da comparação entre o controle das doenças crônicas, diabetes e hipertensão, entre os participantes no início e ao final do projeto de intervenção. A avaliação do controle será baseada na comparação dos níveis pressóricos e de hemoglobina glicosilada de cada paciente ao início e ao final dos seis meses de intervenção.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste trabalho demonstrou que é possível implantar ações de prevenção e melhor controle das doenças, através da promoção do conhecimento sobre a HAS e DM, utilização de hábitos saudáveis como atividade física e alimentação saudável, além do uso adequado de medicações.

A utilização do plano de ação para desenvolver propostas de intervenção possibilitou à equipe a busca de recursos, realização de tarefas, orientação popular e atuação profissional adequada visando ao objetivo do trabalho.

Torna-se importante ressaltar que medidas educativas que influenciem no autocuidado dos cidadãos, considerando-se mudanças que ofereçam um maior controle dos fatores de risco associados à hipertensão e ao diabetes, visando contribuir para uma melhor qualidade de vida e prevenção de complicações, são essenciais. Tais medidas podem ser desenvolvidas de forma efetiva e acessível desde que existam planejamento e empenho multiprofissional.

REFERENCIAS

ALVES, L.C. *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/19.pdf>>. Acesso em 16 de setembro de 2016.

ARBEX, F.S.; ALMEIDA, E. A. Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. **Rev Bras Clin Med.** v.7, n.5, p.339-342, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, F.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

FARIA H. T. G. *et al.* Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da estratégia saúde da família. **RevEscEnferm USP.** v. 48, n. 2, p. 257-63, 2014.

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paul Enferm.** v. 23, n. 6, p. 782-7, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE @cidades** 2010. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/>

MIRANDA, R.D. *et al.* Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Rev Bras Hipertens.** v. 9, n. 3, p. 293-300, 2002.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. PNUD. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.** Fundação João Pinheiro, 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/arapora_mg>. Acesso em 23 maio 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.** v. 107, n.3 , Suplemento 3, p.1-104, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** v. 95, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014** (org. OLIVEIRA J. E. P.; VENCIO, S.) São Paulo: AC Farmacêutica, p. 1-365, 2014

ZAGURY, L. *et al.* Diabetes mellitus em idosos de classe média brasileira: estudo retrospectivo de 416 pacientes. **J Bras Med.** v. 82, n. 6, p. 52-61, 2002.