

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**TÁSSIA DE SOUZA DOMINGOS**

**DESAFIOS PARA MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO  
MEDICAMENTOSO EM IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS**

**CAMPOS GERAIS — MINAS GERAIS**

**2014**

**TÁSSIA DE SOUZA DOMINGOS**

**DESAFIOS PARA MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO  
MEDICAMENTOSO EM IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Marlene das Graças  
Martins

**CAMPOS GERAIS — MINAS GERAIS**

**2014**

**TÁSSIA DE SOUZA DOMINGOS**

**DESAFIOS PARA MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO  
MEDICAMENTOSO EM IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS**

Banca Examinadora

Prof.

Prof.

Aprovada em Belo Horizonte, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Em Memória de Joaquim Domingo Neto, pai amado e meu principal incentivador.

À Januária de Souza, a fortaleza que me mantém erguida.

## Resumo

Com base no Estatuto do Idoso que assegura atenção integral à saúde do idoso e na grande parcela desses ainda em atividade, faz-se necessário a realização de grupos de educação em saúde para os idosos e cuidadores no sentido de amenizar os problemas. O objetivo do estudo foi propor um projeto de intervenção para melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso em idosos com doenças crônicas a fim de aumentar a autonomia, proporcionar a melhora clínica dos idosos ao propor estratégias que facilitem a adesão ao tratamento medicamentoso, incentivar o uso dos medicamentos conforme o esquema posológico prescrito e favorecer o uso correto dos medicamentos a partir das orientações recomendadas aos seus familiares e cuidadores.

Para pesquisa e desenvolvimento do trabalho foram utilizadas as bases do SCIELO, dados fornecidos pelo SIAB e entrevistas feitas na unidade.

No diagnóstico situacional escolhido como prioritário foi a falta de adesão ao tratamento medicamentoso nas doenças crônicas que se interliga com diversos problemas também identificados. Percebeu-se que entre esses, a baixa educação escolar dos idosos agricultores é um grave problema devido à impossibilidade de leitura das prescrições ou cartelas. Após identificação dos nós-críticos: Analfabetismo funcional em idosos, Falta de adesão ao tratamento e Uso incorreto dos medicamentos, foi desenvolvido o plano de ação com os projetos: Grupo mais de 60 com mais educação, Grupo saúde Consciente e o Saúde Solidária.

Durante esse processo, alguns projetos foram parcial ou totalmente implantados na ESF e a comunidade tem demonstrado grandes avanços os quais são claramente percebíveis pela equipe multiprofissional. A capacitação do familiar para separação de medicamentos foi resolutivo em 100% dos casos implantados. Os níveis pressóricos estabilizaram e os idosos sentem-se mais seguros. Grupos de leitura, troca de experiências e educação em saúde também apresentaram uma adesão favorável.

Palavras-chave: doença crônica, hipertensão, administração oral, saúde do idoso, relações profissional-família.

## Abstract

Based on the Elderly that ensures comprehensive health care of the elderly and the large share of those still active, it is necessary to carry out health education groups for seniors and caregivers in order to mitigate the problems . The aim of the study was to propose an intervention project to improve the adherence to drug therapy in elderly patients with chronic diseases in order to increase the autonomy , provide clinical improvement of the elderly by proposing strategies to facilitate compliance with drug treatment , encourage the use of medications as prescribed dosing schedule and promote the correct use of medicines from the recommended guidance to their families and caregivers.

For research and development work of the foundation SCIELO data provided by ISPC and interviews were used in the unit.

In situational analysis was chosen as a priority the lack or poor adherence to drug treatment in chronic diseases that interconnects with various problems also identified. It was noticed that among these, low education of elderly farmers is a serious problem due to the impossibility of reading the cards or prescriptions. After identifying us-critics: Functional illiteracy in the elderly, lack of adherence to treatment and Misuse of drugs, the action plan was developed with the project: Group over 60 with more education, health Conscious Group and the Partnership for Health.

During this process, some projects have been partially or fully implemented in the FHS Afonsos and the community has shown great advances which are clearly perceivable by the multidisciplinary team. The training of family separation of drugs was definitive in 100% of cases already deployed. The blood pressure stabilized and the elderly feel safer, as observed in preliminary interviews. Reading groups, exchange of experiences and health education also showed a favorable membership.

**KEYWORDS:** chronic disease , hypertension , oral administration , elderly health, professional-family relations.



## Sumário

1	Introdução.....	7
1.1	Caracterização do Município.....	7
2	Justificativa.....	10
3	Objetivo.....	11
4	Metodologia.....	12
5	Revisão Bibliográfica.....	13
5.1	As doenças crônicas.....	13
5.2	Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....	14
5.3	Medicamentos Contínuos – Hipertensão como base.....	14
5.4	O idoso, a Família e a ESF.....	16
6	Proposta de Intervenção.....	17
6.1	Problema Priorizado.....	17
6.2	Nó Crítico e Desenho das Operações.....	18
6.3	Análise da viabilidade do Plano de Ação.....	19
6.4	Elaboração do Plano Operativo.....	21
6.5	Acompanhamento e Avaliação.....	23
7	Considerações Finais.....	25
	Referências.....	26





## 1INTRODUÇÃO

Estudos científicos comprovam que os idosos apresentam funções fisiológicas reduzidas e mais lentas, principalmente nas funções cardíacas, renais e hepáticas. Também ocorre diminuição da massa muscular, do nível de albumina sérica, da quantidade total de água e ainda, alterações farmacocinéticas diferenciadas, maiores sensibilidades aos efeitos terapêuticos e adversos dos fármacos (NÓBREGA, 2005 *apud* SANTOS, 2013; KAWANO, 2006).

Diante de uma doença crônica os idosos são os mais afetados e os que mais se debilitam. Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de métodos que se adaptem a essa realidade. Um exemplo de modelo é o desenvolvido pela Organização Panamericana de Saúde(OPS) chamado “Modelo de Atenção às Condições Crônicas” com o intuito de melhorar a qualidade de vida de portadores de tais doenças (MENDES, 2012).

A educação para a terceira idade também é outro fator de extrema importância porque busca a reintegração social do indivíduo para uma vida mais produtiva e de qualidade. Tal assertiva é confirmada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) quando agregou em 2005, os três pilares do envelhecimento ativo: saúde, participação social e proteção social. O Relatório Mundial de saúde em 2010 incluiu também a educação permanente. Assim, a qualidade de vida da população idosa está intimamente ligada à promoção do envelhecimento saudável (PATROCÍNIO, 2013).

Após estudos sobre a educação de pessoas idosas em 1980, a Unesco sintetizou como deve ser a educação dos idosos:

“1. Considerar menos o conteúdo e mais o despertar nela a capacidade de confiança em si mesma, de sua autonomia e o de destruir os estereótipos negativos que poderão estar influenciando na sua vida. Aumentando o senso de suas responsabilidades, a pessoa idosa poderá melhorar sua saúde física e mental, o que contribuirá para que ela se afirme cada vez mais no dia-a-dia e no seu comportamento social;

2. Minimizar o isolamento, a solidão em que vivem muitos idosos, estimulando as relações com pessoas de sua geração e, também, com as de outras gerações;

3. Proporcionar conhecimentos práticos, específicos sobre, por exemplo, a passagem da vida ativa para a de aposentado, além de conhecimentos teóricos relativos ao processo de envelhecimento; ainda, atividades físicas, socioculturais e artísticas que possam interessar aos idosos;”

(SCHONS, 2000 *apud* PONTAROLO, 2008, p.5).

## 1.1 Caracterização do Município de Pouso Alegre

Segundo o censo 2010, o município Pouso Alegre localiza-se às margens da Rodovia Fernão Dias com aproximadamente 130.615 habitantes. A área rural é composta de 3.260 famílias das quais 644 são acompanhadas pela Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Afonsos(SIAB, 2014).

O principal trabalho da população é a agricultura. A mandioca ocupa lugar de destaque por ser cultivada, fermentada e preparada na região para a transformação em polvilho. Existe também criação de animais para vendas e consumos, porém, a maioria da população trabalha nos estabelecimentos comerciais e industriais na área urbana.

No levantamento realizado pela equipe da ESF foram identificados os problemas: Alto Índice de analfabetismo funcional em idosos; Resistência das mulheres na coleta de preventivo; Uso incorreto de medicamentos; Baixa adesão a grupos operativos; Falta de saneamento básico; Grande espera por especialistas e exames mais complexos; Risco cardiovascular aumentado; Alcoolismo; Tabagismo; Baixa adesão ao tratamento medicamentoso.

Dentre os problemas levantados na localidade, a falta ou a baixa adesão ao tratamento medicamentoso nas doenças crônicas foi escolhido como prioritário, pois está interligado ao “uso incorreto de medicamentos”, “risco cardiovascular aumentado” e “alto índice de analfabetismo funcional em idosos”. Além de proporcionar maior poder de enfrentamento pela equipe, tal problema permite uma gama de ações e intervenções para sua melhoria, bem como, poderá envolver outras ações que beneficiem resultados para a equipe e para o sistema de saúde.

Por se tratar de uma área rural, onde o acesso à educação até alguns anos atrás era algo difícil e dispendioso, muitos idosos tiveram pouca ou nenhuma educação escolar. Essa realidade reflete negativamente nos aspectos relacionados ao cuidado em saúde da população, pois, a leitura de comunicados, receituários e bulas de medicamentos torna-se bastante dificultada. O analfabetismo e o pseudoanalfabetismo tende a afastá-los da sociedade, cortando uma das principais vias de comunicação: a escrita.

Existe alfabetização semanal para adultos e apesar da oferta, a faixa etária predominante é de 30 a 50 anos de idade, ficando os idosos fora desse processo

educacional. Considera-se que os principais problemas de acesso aos idosos nessa proposta seja o deslocamento, horário noturno e visão comprometida.

O analfabetismo possui uma relação intrínseca com as questões de saúde levando inclusive ao uso incorreto dos medicamentos. As consequências são os eventos adversos, as interações medicamentosas, a prática da polifarmácia e as hospitalizações(COSTA, 2011 *apud* SANTOS, 2013).

## 2 JUSTIFICATIVA

É direito do idoso ser acompanhado de forma plena. Percebe-se que esse direito não é assegurado ao idoso na sua totalidade, uma vez que a falta ou baixa adesão ao tratamento medicamentoso entre idosos é elevado.

O artigo 15º, capítulo IV do Estatuto do idoso diz:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. (BRASIL, 2003)

No mesmo artigo, parágrafo 1º, inciso 5º afirma que “a prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio da reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde.” (BRASIL, 2003).

Dentre os trabalhadores rurais do estudo, é possível notar a presença de muitos idosos ainda em atividade. Os homens com mais de 60 anos são frequentemente encontrados nas plantações e as mulheres realizando trabalhos pesados tanto para manter a casa quanto para o sustento familiar.

Segundo o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB, 2014), existem 412 idosos na área da ESF, sendo que 253 tem algum tipo de doença crônica, 90 são considerados analfabetos funcionais, 36 interrompem ou não aderem ao tratamento das doenças crônicas e 33 fazem uso incorreto dos medicamentos.

É inquestionável a necessidade de grupos de educação em saúde para idosos e cuidadores na área de abrangência da ESF Afonsos para melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso para portadores de doenças crônicas. Outra alternativa viável é a elaboração de ações conjuntas o qual agregue os idosos e seus familiares para que sejam orientados para a organização dos medicamentos a serem utilizados por períodos do dia. Essa estratégia depende apenas da sensibilização dos envolvidos e poderá propiciar a redução do uso incorreto dos medicamentos pela população idosa.

### **3OBJETIVO**

Propor um projeto de intervenção para melhora da adesão ao tratamento medicamentoso em idosos portadores de doenças crônicas.

#### **3.1 Objetivos Intermediários**

Aumentar a autonomia dos idosos em relação à sua saúde;

Proporcionar a melhora clínica dos idosos ao propor estratégias que facilitem a adesão ao tratamento medicamentoso;

Incentivar o uso dos medicamentos conforme o esquema posológico prescrito;

Favorecer o uso correto dos medicamentos a partir das orientações recomendadas aos seus familiares e cuidadores.

#### **4 METODOLOGIA**

Trata-se uma pesquisa na base SCIELO ([www.scielo.com](http://www.scielo.com)), materiais impressos como revistas nacionais, livros, além de materiais de simpósios e seminários. Não foi definido o período de busca e a seleção baseou-se nos artigos que abordaram o assunto.

Também foram utilizadas informações disponíveis na Unidade de Saúde da Família (USF), por meio dos dados fornecidos pelo SIAB, entrevistas feitas com os pacientes para elaboração do diagnóstico local, formulação do Mapa Contextual e Plano de Ação por meio do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

As palavras-chave usadas para busca na Biblioteca Virtual de Saúde foram: doença crônica, hipertensão, administração oral, saúde do idoso, relação profissional-família.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 As doenças crônicas

O alto índice de doenças crônicas mostra-se como um problema não só de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, mas também de grandes potências mundiais. Nesse século XXI, grande parcela da população destes países está obesa e sedentária, propiciando o aparecimento dessas doenças (MALTA, 2014).

A predominância em países em desenvolvimento se dá dentre muitos fatores, a níveis socioeconômicos baixos, menor escolaridade e acesso restrito a qualidade de informação da população, o que acarreta maior mortalidade por doenças crônicas. Analisar a Qualidade de vida é um dos meios para se investigar as causas e o princípio da doença(ZORTEA, 2010).

A ocorrência das doenças crônicas geram mudanças drásticas na vida das pessoas. Atividades simples e rotineiras são dificultadas ou interrompidas com o advento dessas doenças e a falta do tratamento adequado leva a sequelas incapacitantes em longo prazo. O abalo emocional, certas restrições físicas e possível ônus financeiro,formam obstáculos familiares de nível igualmente crônico(ZORTEA, 2010).

Segundo a OMS na 66ª Assembleia Mundial da Saúde em 2013, 36 milhões de pessoas morrem mundialmente todos os anos devido à doenças crônicas. Se essa situação continuar chegará a números ainda mais alarmantes até 2020. Face a isso foi aprovado em Genebra um Plano de Ação para Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis 2013-2020. Dentre as metas acordadas estão: elaboração de um quadro de monitoramento com 25 indicadores para acompanhar a mortalidade e morbidade, avaliar o progresso na abordagem de fatores de risco e testar a implementação de estratégias e planos nacionais (OMS, 2013).

Para avaliar e compreender o impacto das doenças no bem-estar geral do paciente é de grande ajuda um vasto conhecimento da qualidade de vida do indivíduo e sua dinâmica social e desse modo realizar ações preventivas (ZORTEA, 2010).

No princípio, intervenções eram realizadas apenas para indivíduos isoladamente tentativas insuficientes para modificar comportamentos que apresentavam riscos à saúde. Assim em 1970, deu-se início aos projetos de



intervenções comunitárias voltados para prevenção de doenças crônicas que se embasavam na redução de fatores conjuntos de riscos comuns. Um projeto com boa resolubilidade deve envolver diversas ações e diferentes níveis, ações comunitárias até políticas nacionais adotando assim um modelo multidimensional (MALTA, 2014).

## **5.2 Medicamentos Contínuos – Hipertensão como base**

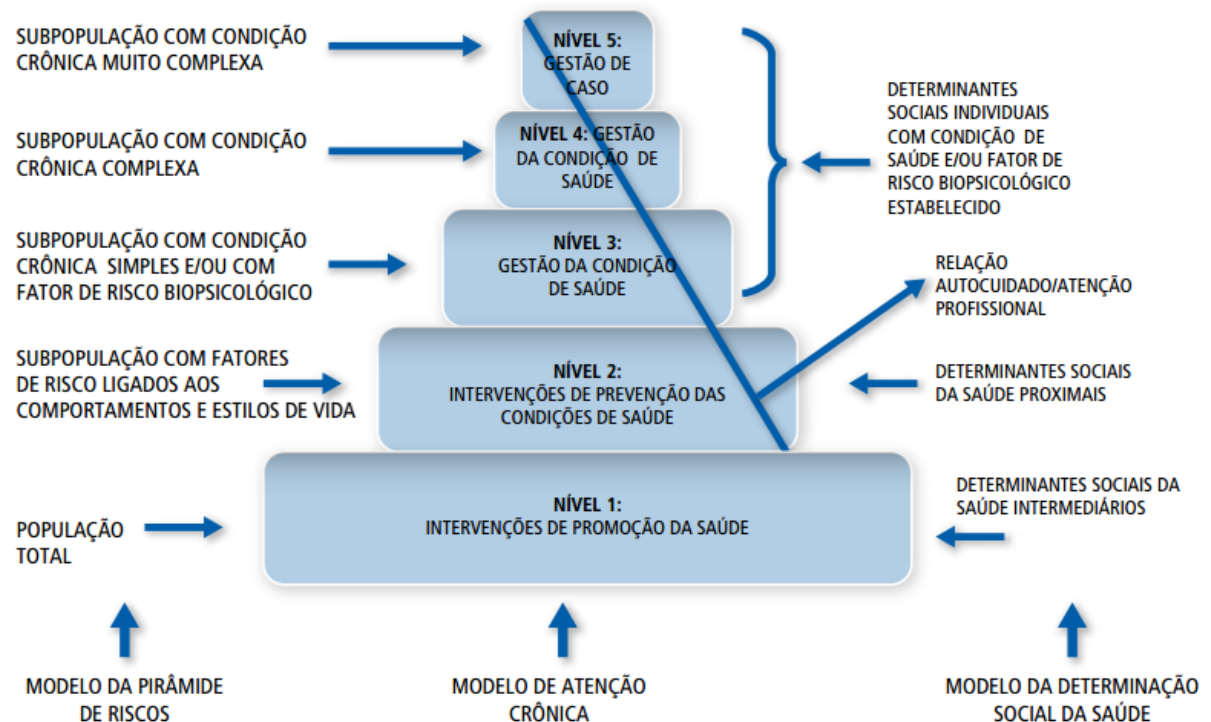
O uso de medicamentos por portadores de doenças crônicas vem aumentando ao longo dos anos. Em 1992, a hipertensão somava 35% dos pacientes em uso de medicamentos no Canadá, indo para quase 80% no ano de 2009. Nos Estados Unidos nesse mesmo período os hipertensos passaram de 60% para 70% no país. Nos países em desenvolvimento essa porcentagem variou de 10 a 50% entre 1986 e 2001 (FERREIRA, 2014).

Estudos demonstraram que 10% dos hipertensos no Rio Grande do Sul não utilizavam os medicamentos anti-hipertensivos prescritos. Em Bambuí, Minas Gerais, o índice foi de 18%, enquanto na cidade de Tubarão, Santa Catarina, esse percentual chegou a consideráveis 53% dos hipertensos (FERREIRA, 2014).

## **5.3 Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)**

O MACC é baseado em outros três modelos: o Modelo de Atenção Crônica, o Modelo da Pirâmide de Risco e o Modelo de determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead (MENDES, 2012).

Figura 01 – O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



No nível 1 do MACC constitui a base do modelo e incorpora intervenções de promoção à saúde, na população total, relacionando-os aos determinantes sociais de saúde intermediários como qualidade de vida, condições de trabalho, acesso a serviços essenciais e as redes sociais e comunitárias, por meio de intervenções do setor da saúde em conjunto com outros setores para desenvolvimento de projetos que levem a melhores resultados sanitários, que de maneira separada não seriam significativos, efetivos, sustentáveis e eficientes (MENDES, 2012).

No nível 2 é incorporado a prevenção das condições de saúde, em subpopulações de risco, por meio de intervenções sobre os fatores de risco modificáveis ou comportamentais como alimentação inadequada, sedentarismo, obesidade, consumo de bebida alcoólica e outros (MENDES, 2012).

O nível 3 estabelece intervenções sobre fatores de risco individuais biopsicológicos como sexo, idade, fatores hereditários, psicológicos e sobre condições crônicas de menos complexidade (MENDES, 2012).

Nos níveis 4 e 5 são intervenções em subpopulações com condição crônica complexa e muito complexa, respectivamente (MENDES, 2012).

#### **5.4 O idoso, a Família e a ESF**

Estima-se que 85% dos adultos com mais de 60 anos no Brasil terão pelo menos uma doença crônica não transmissível em 2025. Para não prejudicar a autonomia do idoso, evitar complicações e sequelas das doenças por vezes, incapacitantes faz-se necessário o acompanhamento, o tratamento eficaz e correto (RAMOS, 2003).

O núcleo familiar é o espaço que permite ao idoso discutir sua atual situação e as modificações que implicam. O impacto da doença atinge todos os familiares, incluindo a forma como enfrentam sua cura ou estabilidade (MARTINS, 2012).

A família deve ser compreendida como uma unidade de cuidados pelos profissionais de saúde, ou seja, pessoas que em conjunto formam um todo com sua própria dinâmica e formação. Assim deve ser cuidadosamente analisada e trabalhada dentro de seus conceitos para melhor compreender o idoso e sua nova condição, além de torná-la parceira da equipe de saúde no cuidado de seus membros transformando-se também em uma unidade prestadora de cuidados (SILVA, 2014).

Assim, uma prática de saúde voltada para a família é concretizada quando o profissional reconhece e respeita sua singularidade, procura fortalecê-la para o cuidado com seus membros, pondera com a família suas condições concretas de sobrevivência, põe em diálogo o cuidado familiar e o cuidado profissional, compartilhando saberes, subsidia e encoraja os recursos internos e externos da família (SILVA, 2014).

É cuidado prestado a família quando o profissional estimula a flexibilidade das relações interpessoais entre a família e os serviços de saúde, estimula a participação comunitária e participa da formulação e operacionalização de políticas e programas que auxiliem a manutenção da saúde e bem estar do núcleo familiar (COSTA, 2009).

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Problema Priorizado

“A falta de adesão e/ou interrupção ao tratamento medicamentoso em idosos portadores de doenças crônicas”, foi selecionado por englobar outros problemas como “uso incorreto dos medicamentos”, “risco cardiovascular aumentado” e “alto índice de analfabetismo funcional em idosos”. Além disso, a equipe considera que existe maior poder de enfrentamento.

Em relação à “falta de saneamento” e “grande espera por especialistas e exames mais complexos”, por se tratarem de problemas de maior dimensão e dependente da estrutura política, não foram escolhidos para abordagem nesse momento.

Os problemas “Alcoolismo” e “Tabagismo” serão planejados futuramente, após resolução da “baixa adesão a grupos operativos”.

Percebe-se que “as dificuldades das mulheres na coleta de preventivos”, também é de suma importância. Porém, a faixa etária composta por idosos é alta e implica em muitos outros problemas para a efetividade do tratamento e para o sistema de saúde.

Tabela 1 – Descritores do problema “Falta de adesão e/ou interrupção ao tratamento medicamentoso em idosos com doenças crônicas

DESCRITORES	VALORES	FONTE
<b>Total de pessoas na área</b>	1900	SIAB
<b>Idosos Hipertensos Cadastrados</b>	191	SIAB
<b>Idosos Diabéticos Cadastrados</b>	62	SIAB
<b>Total de idosos</b>	341	SIAB
<b>Idosos com doenças crônicas</b>	253	SIAB
<b>Idosos analfabetos funcionais</b>	90	Registro da Equipe
<b>Interrupção e não adesão ao tratamento de doenças crônicas</b>	36	Entrevista e Observação
<b>Número de idosos em uso incorreto de medicamentos</b>	33	Entrevista e Observação

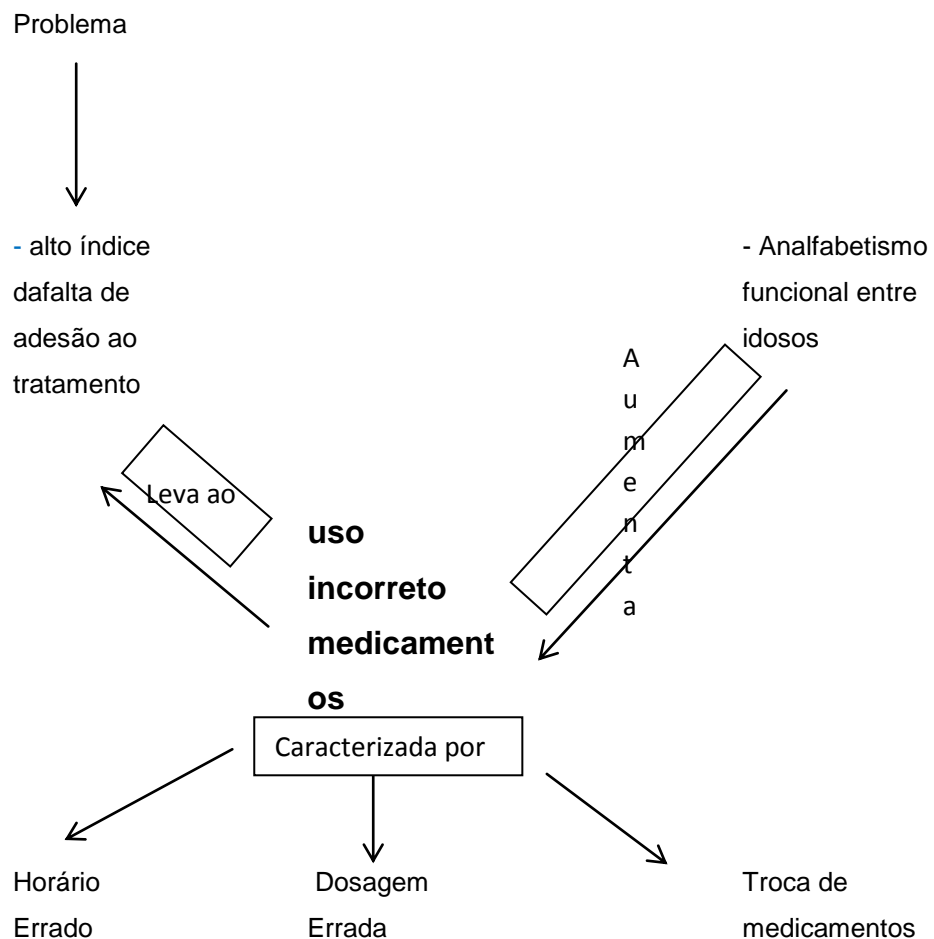
Fonte: Sistema Informação da Atenção Básica (SIAB), Registro da Equipe, Entrevistas e observação

Após análise, constatou-se que a falta de adesão ao tratamento medicamentoso se dá devido ao grande número de idosos existentes na área de abrangência composta por 1900 pessoas. Por se tratar de uma área rural onde o

foco é o plantio e colheita, muitos idosos tiveram pouca ou nenhuma educação escolar. Isso dificulta a adesão, pois, muitas vezes, não sabem ler o que está prescrito na receita ou o nome do remédio na cartela. O uso incorreto de medicamentos pode causar o abandono do tratamento, pois o paciente passa mal e interrompe o uso dos medicamentos sem consultar um médico.

Na área zona rural, existe o agravante que é a falta de acompanhamento médico da maioria dos idosos, os quais ficam anos sem assistência, agravando os quadros crônicos e dificultando a aceitação da doença.

Árvore explicativa do problema “alto índice da falta de adesão ao tratamento” – Equipe Afonsos



## 6.2 Nó Crítico e Desenho das Operações

Quadro 1–Planilha operativa, com identificação dos nós críticos, desdobramentos em ações propostas e resultados esperados

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
<b>Analfabetismo funcional de idosos</b>	<p><b>Mais de 60 com mais Educação</b></p> <p>- Realizar grupos de educação para idosos buscando leitura, escrita e interpretação.</p>	<p>- Formação de idosos capazes de interpretar, discernir e compreender textos.</p>	<p>- Implantação de grupos educacionais em todos os períodos do dia.</p> <p>- Implantação de clubes de leitura, onde a cada semana um livro será lido e discutido.</p>	<p>Cognitivo – elaboração de um plano de ação diferenciado em conjunto com professores experientes em educação para adultos.</p> <p>Político – articulação com a secretaria de educação.</p> <p>Investimento para aquisição de material pedagógico apropriado.</p>
<b>Falta de adesão ao tratamento</b>	<p><b>Grupo Saúde Consciente</b></p> <p>- Realizar Grupos Operativos para a população em tratamento de doenças crônicas.</p>	<p>- Aumentar a adesão dos usuários com doenças crônicas ao tratamento.</p> <p>- Orientação sobre a doença, suas causas e modo de prevenção.</p> <p>- Conscientização da importância da continuidade no tratamento proposto</p>	<p>- Implantação de grupos operativos nas 6 microáreas, com horários e dias pré-definidos.</p>	<p>Cognitivo – conhecimento das doenças crônicas mais comuns na área.</p> <p>Elaboração de palestras abrangendo temas sobre o assunto mediante sugestões dos usuários.</p> <p>Político – disponibilização de recursos de mídia e panfletagem pela coordenação dos ESF's, Divulgação na rádio comunitária local do cronograma.</p>
<b>Uso incorreto de medicamentos</b>	<p><b>Saúde Solidária</b></p> <p>- Ação que envolve o usuário, sua família e amigos, através da</p>	<p>- Diminuir em até 90% os erros de ingestão de medicamentos.</p>	<p>- Eleição de um membro da família ou amigo para que, após</p>	<p>Cognitivo –</p> <p>Treinamento com os eleitos e com os idosos envolvidos na</p>

	escolha de responsável por separar a medicação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabilização da comunidade por seus membros.</li> <li>- Melhora na qualidade de vida dos idosos analfabetos funcionais</li> </ul>	treinamento pela equipe, separe a medicação semanal dos usuários idosos com dificuldade de visão ou analfabetismo funcional.	<p>ação. Avaliação semanal no primeiro mês e mensal nos posteriores para verificar a eficácia da ação.</p> <p>Político – Compra de caixas de plástico com divisões. Aplicação de desenhos de identificação nas caixas. Confecção de materiais informativos.</p>
--	---	---	--	---

### 6.3 Análise da viabilidade do Plano de Ação

Quadro2 – Análise da viabilidade do Plano de Ação

Operação/Projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos	Motivação	Ação Estratégica
		Ator que controla		
<b>Grupo mais de 60 com mais educação</b>	Político – Articulação intersetorial. Sensibilização de professores para aderência ao projeto. Financeiro – recursos necessários para a estruturação do projeto (material e custeio).	Secretaria da Educação	Favorável	Apresentar o projeto
		Secretário de Saúde	Indiferente	
<b>Grupo Saúde Consciente</b>	Político – Articular com rádio comunitária	- Associação de Moradores	- Favorável	

	<p>espaço na programação para divulgação do cronograma. Articulação com a coordenação das ESF's. Mobilização social em torno da prevenção de doenças crônicas e promoção de saúde. Financeiro – para aquisição de panfletos educativos</p>	<p>- Coordenação das ESF's</p> <p>- Associação de Mordores</p> <p>- Secretário de Saúde</p>	<p>- Favorável</p> <p>- Favorável</p> <p>- Indiferente</p>	<p>Apoio das associações</p>
<p><b>Saúde Solidária</b></p>	<p>Político – sensibilização dos idosos e familiares para aderência à ação. Financeiro – recursos necessários para a estruturação do projeto (material e custeio).</p>	<p>- Associação de Moradores</p> <p>- Secretário de Saúde</p>	<p>- Favorável</p> <p>- Indiferente</p>	

#### 6.4 Elaboração do Plano Operativo

Quadro3 – Plano operativo, Equipe Afonsos

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
-----------	------------	----------	--------------------	-------------	-------



<b>Grupo mais de 60 com mais educação</b>	- Formação de idosos capazes de interpretar, discernir e compreender textos.	- Implantação de grupos educacionais em todos os períodos do dia. - Implantação de clubes de leitura, onde a cada semana um livro será lido e discutido.	- Apresentar o projeto	Tássia e Solange	- 03 meses para apresentação do projeto - 06 meses para início das atividades
<b>Grupo Saúde Consciente</b>	- Aumentar a adesão dos usuários com doenças crônicas ao tratamento. - Orientação sobre a doença, suas causas e modo de prevenção. - Conscientização da importância da continuidade no tratamento proposto	- Implantação de grupos operativos nas 6 microáreas , com horários e dias pré-definidos.	- Apoio das associações	- Tássia e Helene	- 02 meses para o início dos grupos
<b>Saúde Solidária</b>	- Diminuir em até 90% o erro de ingestão de medicamentos. - Responsabilização da comunidade por seus membros. - Melhora na qualidade de vida dos idosos analfabetos funcionais	- Eleição de um membro da família ou amigo para que, após treinamento pela equipe, separe a medicação semanal dos usuários idosos com dificuldade de visão ou analfabetismo funcional.	- Apresentar o projeto	- Shirlei e Tássia	- 02 meses para apresentar o projeto - 04 meses eleição do orientador e membros - 05 meses treinamento - avaliação semanal no primeiro mês e posteriormente mensal

## 6.5 Acompanhamento e Avaliação

Operação: Grupo mais de 60 com mais educação

Coordenação: Enfermeira Tássia e Médica Solange

Quadro4– Acompanhamento do plano de ação, operação “Grupo mais de 60 com mais educação”

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Grupos de alfabetização	Tássia	03 meses	Ainda em avaliação	Necessita de discussão e aprovação de outras secretarias e câmara de vereadores.	Sem data definida
Clube de Leitura	Tássia e Solange	03 meses	Implantado		

Operação: Grupo Saúde Consciente

Coordenação: Tássia

Quadro 5– Acompanhamento do plano de ação, operação “Grupo Saúde Consciente”

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Campanhas Educativas	Helene	02 meses	Prestes a iniciar (preparação e qualificação já realizada)	Preparando material impresso	01 mês
Grupo de Caminhada	Helene e Shirlei	02 meses	Implantado		
Oficinas de artesanato	Rosa, Deborah e Helene	02 meses	Implantado		

Operação: Saúde Solidária

Coordenação: Tássia

Quadro 6– Acompanhamento do plano de ação, operação “Saúde Solidária”

<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo Prazo</b>
Membro da família do idoso treinado para auxílio com medicação	Tássia e Shirlei	02 meses	Implantado		

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo possibilitou a reflexão da necessidade de investimentos em políticas de educação e saúde para idosos. Na equipe da ESF Afonsos, algumas ações propostas não foram implantadas porque depende da gestão política, o que dificulta o desenvolvimento do trabalho. Outras ações já foram implantadas com sucesso. A capacitação do familiar para separação de medicamentos foi resolutivo em 100% dos casos implantados, os níveis pressóricos estabilizaram e os idosos sentem-se mais seguros, como observado em entrevistas preliminares. Grupos de leitura, troca de experiências e educação em saúde também apresentaram uma adesão favorável.

Percebeu-se em relação à educação, que a alfabetização para os adultos é um meio o qual poderá possibilitar melhor desenvolvimento das atividades rotineiras que são dificultadas pela falta da leitura. A educação em saúde também é uma importante estratégia para a capacitação dos idosos, dos familiares e dos próprios profissionais a fim de lidarem de forma mais adequada e eficaz com a falta de adesão ao tratamento, podendo levar a uma melhora significativa na qualidade de vida de idosos com doenças crônicas e seus familiares.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. LEI No 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, out. 2003.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

COSTA, G. D . Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 62, n. 1, Fev. 2009 .

DEMONER, M. S; RAMOS, E. R. P; PEREIRA, E.R. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. spe1, 2012 .

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FERREIRA, R. A; BARRETO, S. M; GIATTI, Luana. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 4, abr. 2014 .

GIACOMOZZI, C. M; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto contexto - enferm., Florianópolis** , v. 15, n. 4, Dez. 2006.

KAWANO, D. F et al. Acidentes com os medicamentos: como minimizá-los? **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo, v. 42, n. 4, Dez. 2006.

MALTA, D. C. Doenças crônicas não transmissíveis, um grande desafio da sociedade contemporânea. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, Jan.2014

MARTINS, M. M; FERNANDES, C. S; GONCALVES, L. H.T. A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 4, Ago. 2012 .

MELO,D. O; RIBEIRO, E; STORPIRTIS, S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo, v. 42, n. 4, Dez. 2006.

MENDES,E. V.O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1. ed. Brasília: **Organização Pan-mericana da Saúde**, 2012.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação da Atenção Básica**:Versão 816. DF, mar. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **66 Assembléia Mundial da Saúde**.Genebra,2013.

PATROCINIO, W. P; PEREIRA, B. P. C. Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 11,n. 2, Ago. 2013.

PAULA, T. C; BOCHNER, R; MONTILLA, D. E. R. Análise clínica e epidemiológica das internações hospitalares de idosos decorrentes de intoxicações e efeitos adversos de medicamentos, Brasil, de 2004 a 2008. **Rev. bras. epidemiologia**.São Paulo, v. 15, n. 4, Dez. 2012.

PEREIRA, P.J; BOURGET, M. Família: representações sociais de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo,v. 19, n. 3, Set. 2010.

PONTAROLO, R.S.; OLIVEIRA, R.C.S. O direito à educação prescrito no Estatuto do Idoso: uma breve discussão. In: CONGRESSO DE LEITURA DO BRASIL, 16, 2008, Campinas, **Anais Eletrônicos...** Campinas: Unicamp, 2008.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**,Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, jun. 2003 .

SANTOS, T. R. A et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, Fev. 2013.

SCHERER, R . Estado nutricional e prevalencia de doencascronicas em idosos de um municipio do interior do Rio Grande do Sul. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, Dez. 2013 .

SILVA, M. C. L. S. R; SILVA, L; BOUSSO, R. S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 45, n. 5, Out. 2011.

SILVA, N. C; GIOVANELLA, L; MAINBOURG, E. M.T. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 2, Abr. 2014 .

TEIXEIRA, J. P. D. S; RODRIGUES, M. C. S; MACHADO, V. B. Educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, Jun. 2012.

ZATTAR, L. C et al .Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**,Rio de Janeiro , v. 29, n. 3, Mar.2013 .

ZORTEA, K. Qualidade de vida em doenças crônicas. **Arq. Bras. Cardiologia.** São Paulo, v. 94, n. 5, Maio. 2010 .