

ROBERTA TAMIRES SANTOS DE LIMA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE EM IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
ATRAVÉS DE INTERVENÇÃO POR EQUIPE INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO
BÁSICA**

**Maceió
2021**

ROBERTA TAMIRES SANTOS DE LIMA

**PROMOÇÃO DE SAÚDE EM IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
ATRAVÉS DE INTERVENÇÃO POR EQUIPE INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO
BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Elizabeth Moura Soares de Souza

Maceió

2021

Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Lívia Silva dos Santos – CRB-4 – 1670

L732p Lima, Roberta Tamires Santos de.

Promoção da saúde em idosos hipertensos e diabéticos através de intervenção por equipe interdisciplinar na atenção básica / Roberta Tamires Santos de Lima. – 2021.

32 f. : il.

Orientadora: Elizabeth Moura Soares de Souza.

Monografia (Especialização em Gestão de Cuidado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem, Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 31-32

1. Saúde do idoso. 2. Diabétes mellitus. 3. Hipertensão arterial.
4. Qualidade de vida –Idoso. I. Título.

CDU: 616-083.053.9

Folha de Aprovação

ROBERTA TAMIRES SANTOS DE LIMA

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
ATRAVÉS DE INTERVENÇÃO POR EQUIPE INTERDISCIPLINAR NA
ATENÇÃO BÁSICA

Projeto de Intervenção submetido ao corpo docente do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, vinculado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, e aprovado em 10 de MARÇO de 2021.

Orientadora



Profª Drª Elizabeth Moura Soares de Souza- UFAL

Examinadora



Profª Ma. Danielly Santos dos Anjos Cardoso

ROBERTA TAMIRES SANTOS DE LIMA

**PROMOÇÃO DE SAÚDE EM IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
ATRAVÉS DE INTERVENÇÃO POR EQUIPE INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO
BÁSICA**

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

Orientadora: Professora: Elizabeth Moura Soares de Souza

Banca examinadora

Professora: Elizabeth Moura Soares de Souza, Doutorado, Universidade Federal de Alagoas

Professora: Danielly Santos dos Anjos Cardoso, Mestrado, Universidade Federal de Alagoas

Aprovado em Maceió, em 13 de fevereiro de 2021

RESUMO

Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial sistêmica são doenças crônicas não transmissíveis que acometem muito as pessoas idosas, causando morbimortalidade e afetando a qualidade de vida dessas pessoas. Nesse sentido, a atenção básica por ser o nível de saúde mais próximo do indivíduo deve dispor de recursos para prevenir essas patologias, bem como criar condições para promover uma melhor qualidade de vida para esses pacientes. O objetivo deste trabalho é propor um projeto de intervenção para promover saúde e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos, integrantes de uma unidade básica de saúde, no município de Senador Palmeira, Alagoas. A metodologia utilizada foi o diagnóstico situacional e uma revisão bibliográfica, realizada na Biblioteca Virtual em Saúde e *Scientific Electronic Library Online*. Com base no levantamento realizado, um plano de intervenção foi elaborado, onde os nós críticos foram identificados e classificados, de acordo com o seu grau de urgência para serem enfrentados. Esperamos que com essa proposta de intervenção, a equipe multiprofissional consiga realizar um atendimento específico e personalizado para os idosos que apresentam essas comorbidades.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Hipertensão; Atenção Primária à Saúde; idosos; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus and Systemic Arterial Hypertension are chronic non-communicable diseases that affect elderly people a lot, causing morbidity and mortality and affecting their quality of life. In this sense, primary care, as it is the level of health closest to the individual, must have resources to prevent these pathologies, as well as create conditions to promote a better quality of life for these patients. The objective of this work is to propose an intervention project to promote health and improve the quality of life, belonging to members of a basic health unit, in the municipality of Senador Palmeira, Alagoas. The methodology used was the situational diagnosis and a bibliographic review, carried out at the Virtual Health Library and Scientific Electronic Library Online. Based on the survey carried out, an intervention plan was prepared, where the defined nodes were identified and classified, according to their degree of urgency to be faced. We hope that with this intervention proposal, the multiprofessional team will be able to provide specific and personalized care for the elderly who present these comorbidities.

Keywords: Diabetes Mellitus; Hypertension; Primary Health Care; seniors; Quality of life.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------|---|
| ABS | Atenção Básica à Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| DM | Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>) |
| DCNT | Doença Crônica Não Transmissível |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| ESF | Equipe de Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MS | Ministério da Saúde |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 1.1 Aspectos gerais do município..... | 14 |
| 1.2 O sistema municipal de saúde | 14 |
| 1.3 Aspectos da comunidade | 14 |
| 1.4 A Unidade Básica de Saúde (Monseior Moisés Vieira dos Anjos) | 15 |
| 1.5 A Equipe de Saúde da Família (ESF III) da Unidade Básica de Saúde (Monseior Moisés Vieira dos Anjos)..... | 15 |
| 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe (ESF III) | 15 |
| 1.7 O dia a dia da equipe (ESF III) | 16 |
| 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) | 17 |
| 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)..... | 17 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 20 |
| 3 OBJETIVOS | 21 |
| 3.1 Objetivo geral | 21 |
| 3.2 Objetivos específicos | 21 |
| 4 METODOLOGIA | 22 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 22 |
| Prevalência de hipertensão e diabetes e medidas de tratamento na atenção básica de saúde..... | 23 |
| Caderneta do Idoso..... | 24 |
| 6 PLANO DE INTERVENÇÃO | 26 |
| 6.1 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) | 26 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 30 |
| REFERÊNCIAS | 31 |

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata-se de um projeto de intervenção realizado na Unidade Básica de Saúde Monseior Moisés Vieira dos Anjos, localizada no povoado Candunda, município de Senador Rui Palmeira, localizado no sertão alagoano.

A proposta surgiu decorrente da análise dos problemas encontrados nessa localidade, os quais foram identificados pelos componentes da Equipe de Saúde da Família, os quais propuseram a obtenção de soluções para tais adversidades.

Aspectos gerais do município

Senador Rui Palmeira, é uma cidade do interior nordestino, localizada no alto sertão alagoano, composta por 13.047 habitantes (IBGE, 2017). Possui uma economia baixa, com poucos salários fixos, onde a maior parte da população é desempregada e sobrevive da agricultura, pecuária e de benefícios do governo, como bolsa família.

O Sistema Municipal de Saúde

A saúde é suprida somente pela rede de atenção básica, pois não existe nenhum hospital no município, dessa forma, quando se necessita de algum tipo de assistência hospitalar é buscado o hospital de referência em outro município de acordo com os critérios de territorialização.

O município é assistido por cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de um centro de especialização e uma equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB.

As UBS's estão distribuídas da seguinte maneira: 2 estão localizadas na cidade e 2 nos sítios e 1 no povoado. Com funcionamento de segunda à sexta-feira e organizadas de acordo com as necessidades de cada comunidade.

Aspectos da comunidade

A comunidade é composta em sua maior parte por idosos, dos quais a maioria são não alfabetizados e moram somente com o companheiro (a) ou sozinhos (as).

Grande parte desses idosos são hipertensos e diabéticos e fazem uso de grande quantidade de medicação, gerando uma polifarmácia dentro de suas residências.

A Unidade Básica de Saúde (Monseior Moisés Vieira dos Anjos)

A unidade na qual foi realizado o plano de intervenção é localizada no povoado Candunda, Monseior Moisés Vieira dos Anjos, construída há mais de 20 anos, apresentando uma estrutura mediana, com salas de atendimentos individuais, sala de vacina, de medicação, farmácia dentro da unidade, recepção, banheiros e copa para os funcionários.

A Equipe de Saúde da Família (ESF III) da Unidade Básica de Saúde (Monseior Moisés Vieira dos Anjos)

A Equipe de Saúde da Família (ESF) dessa UBS é chamada de ESF III, a qual abriga mais de 2.000 famílias, essa equipe é composta por 1 médica, 1 enfermeira, 1 dentista, 2 técnicas de enfermagem, 1 auxiliar dentista, 9 agentes de saúde, 1 gerente de UBS, 1 auxiliar administrativa, 1 auxiliar de serviços gerais e um vigia.

O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe (ESF III)

O fluxo de atendimento dos usuários é organizado de acordo com os grupos de pessoas que necessitam de atendimentos, nas segundas-feiras são atendidas as crianças, nas terças as gestantes, nas quartas os hipertensos e diabéticos, nas quintas são demanda espontânea, sextas são dias de visitas domiciliares e todos os dias são atendidas as urgências.

As reuniões são realizadas mensalmente, no último dia do mês, para discutir melhores formas de organizar os fluxos, pontuar os principais problemas e as

melhores formas de resolver, bem como discutir qualquer questão pendente, além disso, quando surge alguma questão urgente, é realizada uma reunião extraordinária além da mensal.

Todos os dias são realizados palestras para os pacientes na sala de espera, com objetivos de prevenção e promoção da saúde. Os pacientes que necessitam de atendimentos emergenciais precisam se deslocar para as cidades vizinhas que possuem hospitais, porém o município procura atender 100% da população que precisa dos serviços da atenção básica.

O dia a dia da equipe (ESF III)

No processo de trabalho realizado pela equipe da ESF III, localizada na zona rural do município de Senador Rui Palmeira, nota-se que apesar de pessoas com diversas patologias procurarem a unidade para tratamento, as doenças crônicas não transmissíveis hipertensão e diabetes são as que prevalecem na demanda de atendimentos.

Essa demanda é composta em sua maior parte por idosos, casados, onde o casal sofre com a doença, sendo ainda analfabetos, tornando o trabalho mais complexo no sentido de fazer-lhes entender quais medicações devem tomar em determinados horários.

Outro fator que dificulta o tratamento do paciente é sua resistência em adotar hábitos de vida saudáveis, como praticar atividade física regularmente, por exemplo, fazendo caminhada ou outra atividade que lhe seja agradável.

Soma-se a isso o fato de haver atendimento específico para esse grupo somente uma vez por mês na unidade, porém uma grande quantidade ainda não comparece para a consulta agendada, ficando às vezes sem assistência, até que a equipe realize uma visita domiciliar para saber a situação de saúde em que se encontra o paciente.

A alternativa propícia para poder cuidar melhor desses pacientes e ter a oportunidade de acompanhar mais de perto a sua evolução, seria a criação de um grupo específico para eles, junto a uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, com encontros semanais.

Tal equipe seria composta por enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, psicólogo e técnico em enfermagem. Em caso de necessidade, o

paciente deveria ser encaminhado para outro profissional especialista no problema enfrentado por ele.

O atendimento em grupo pode ser uma alternativa para fazer com que o paciente procure a unidade e receba as devidas orientações e tratamento, além de ser uma tecnologia em saúde capaz de promover um atendimento mais dinâmico, sem desviar dos objetivos de promover aos usuários a adoção de estilo de vida saudável, buscando sempre maneiras mais eficazes de promover acolhimento e melhorar a qualidade de vida desses usuários.

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

A comunidade a qual pertence essa ESF é composta por um terço de pacientes hipertensos e diabéticos, destes cerca de 90% são idosos e, mesmo com o Hiper dia, ainda existe um grande número de pacientes com descontrole na pressão e glicemia.

Isso se deve ao fato da maior parte dos pacientes não fazerem uso de uma dieta adequada para o seu quadro clínico, e ser composto por idosos sedentários. Soma-se a isso o fato de a maior parte desses idosos serem analfabetos e morarem sozinhos ou apenas em casal, sem outras pessoas próximas para orientarem no dia a dia acerca do uso das medicações no horário correto. Assim, eles muitas vezes utilizam as medicações em horários incorretos, não fazem uso contínuo dos medicamentos e não sabem diferenciar quais os remédios que são para a pressão e quais são para o diabetes.

O fato de o acompanhamento ser apenas mensal desses pacientes na UBS também pode contribuir para o uso errado das medicações, pois mesmo explicando como deve ser o consumo, eles acabam esquecendo e se confundindo em relação aos horários e a função do medicamento.

Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde III, Unidade Básica de Saúde Monseior Moisés Vieira dos Anjos, município de Senador Rui Palmeira, estado de Alagoas.

| Principais Problemas | Importância | Urgência | Capacidade de Enfrentamento | Seleção |
|---|-------------|----------|-----------------------------|---------|
| Aumento do Número de pessoas com doenças crônicas (HAS e DM) | Alta | 6 | Parcial | 2 |
| Aumento do Número de casos de Acidente Vascular Encefálico | Alta | 4 | Parcial | 8 |
| Usuários com pressão arterial sistêmica e glicemia descontroladas | Alta | 5 | Total | 1 |
| Falta de Alfabetização de grande parte dos usuários | Alta | 2 | Fora | 5 |
| Dificuldade no acesso aos serviços de alta complexidade | Alta | 2 | Fora | 7 |
| Não utilização da caderneta da | Alta | 6 | Total | 3 |

| | | | | |
|---------------------------------|------|---|-------|---|
| peessoa idosa | | | | |
| Uso incorreto das medicações | Alta | 5 | total | 2 |

2JUSTIFICATIVA

Diante do alto índice de pessoas com hipertensão e diabetes atendidas em uma UBS do sertão alagoano, justifica-se a necessidade de conhecer os efeitos do atendimento de uma equipe multiprofissional para a elaboração de um plano mais eficiente na resolução dessa problemática.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para as pessoas diabéticas e hipertensas atendidas por uma equipe de Saúde da Família.

Objetivos específicos

Monitorar os pacientes hipertensos e diabéticos

Utilizar estratégias de trabalho multiprofissional

Buscar Tecnologias de facilitação de educação em saúde

Elaborar um plano de ação específico para as pessoas com DM e HAS

Incrementar o uso da caderneta da pessoa idosa

4 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um projeto de intervenção realizado na Unidade Básica de Saúde Monseior Moisés Vieira dos Anjos, localizada no Povoado Candunda, pertencente ao município de Senador Rui Palmeira, Alagoas.

Para a elaboração deste projeto foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional e uma revisão bibliográfica utilizando-se as bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde e *Scielo*,

Buscou-se apoio intersetorial da Secretaria Municipal de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Farmácia Municipal, onde foi obtida uma motivação favorável em todos esses setores.

Logo, o projeto foi concretizado com 80 pacientes idosos que apresentavam as DCNT: HAS e DM. Assim foram efetivadas reuniões semanais com esses indivíduos na própria UBS, totalizando 20 encontros ao longo de cinco meses, bem como visitas domiciliares mais frequentes, além da propagação e distribuição da caderneta do idoso.

As normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) foram seguidas e as palavras-chave foram retiradas dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Prevalência de Hipertensos e Diabéticos e Medidas de Tratamento na Atenção Básica de Saúde

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) fazem parte das chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e são consideradas problemas de saúde pública em todo o mundo, levando à morbidade e mortalidade das pessoas, afetando assim suas qualidades de vida (STOPA et al., 2018; RADIGONDA et al., 2015).

De acordo com Stopa et al. (2018), estima-se que no ano de 2014 no Brasil, mais de 74% das mortes que ocorreram foram devido às doenças crônicas não transmissíveis, sendo a hipertensão e o diabetes mellitus as mais prevalentes.

No Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2020), existe atualmente mais de 13 milhões de pessoas diagnosticadas com diabetes, isso mostra que cerca de 6,9% da população está acometida pela doença, e a tendência é que haja aumento na quantidade de pessoas doentes.

Estudos demonstram que o diabetes é considerado a sexta maior causa de internação hospitalar e a porta de entrada para o surgimento de outras patologias que levam a complicações e também ao risco de internação (BRAZ et al., 2014).

A HAS tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, em 2016 foram diagnosticadas 25,7% de brasileiros adultos com a doença. Sua ocorrência é duas vezes maior em indivíduos diabéticos, colaborando para o risco de amputação dos membros inferiores, além disso, é causa de aproximadamente 30% das internações nas unidades coronarianas intensivas (FAGUNDES et al., 2017; BRAZ et al., 2014).

A atenção básica de saúde (ABS), por se tratar do nível de atenção mais próximo dos usuários, deve se atentar para o diagnóstico precoce dessas patologias, buscando imediatamente ferramentas de tratamento e controle, a fim de evitar complicações subsequentes a elas como internações hospitalares, morbidades, ou até mesmo o óbito (RADIGONDA et al., 2015; STOPA et al., 2018).

A estratégia saúde da família (ESF), inserida na ABS, busca um modelo de atenção baseado em prevenção de doença e promoção da saúde, centrado no usuário e sua família, bem como no comportamento destes no meio em que estão

inseridos. Desta forma, compartilha de uma visão ampliada do processo saúde-doença, que permite mostrar ao paciente e sua família as intervenções cabíveis e a importância dos mesmos no processo de tratamento (COTTA et al., 2009; CAMARGO et al., 2013).

Portanto, a adoção de um tratamento ampliado na ESF, exige um trabalho multiprofissional e interdisciplinar por parte da equipe, buscando tecnologias que promovam a educação em saúde, que atendam às necessidades dos pacientes e cumpram com os objetivos pretendidos de promoção, proteção e recuperação (CARVALHO FILHA et al., 2014; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2018).

Nessa perspectiva, o trabalho da equipe da ESF poderá ser mais resolutivo com auxílio de outras equipes, como o núcleo ampliado de saúde da família (NASF), permitindo uma assistência em saúde mais completa aos usuários, com outras tecnologias de abordagem, como o trabalho em grupo (CARVALHO FILHA et al., 2014; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2018).

Alguns autores afirmam a existência de vários elementos que interferem no processo de controle e tratamento de diabéticos e hipertensos, entre eles estão a falta de aceitação do tratamento e a resistência em adotar estilo de vida saudável, com boa alimentação e a prática de atividade física regularmente (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2018).

Por conseguinte, o trabalho em grupo pode ser útil no processo de tratamento e controle dessas patologias, uma vez que deve buscar orientar os usuários acerca da importância sobre o uso das medicações e a adoção de estilo de vida saudável, por meio de bons hábitos alimentares e exercícios físicos (COTTA et al., 2009; CARVALHO FILHA et al., 2014; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2018).

O trabalho em equipe permitirá um acompanhamento contínuo mais intrínseco com os usuários, tornando a educação em saúde mais efetiva, facilitando o trabalho multiprofissional, em um sentido horizontal, colocando o paciente como eixo central dentro desse processo, mostrando os benefícios que trarão à sua qualidade de vida e de envelhecimento, e buscando sempre novas formas de acolhimento (COTTA et al., 2009; SZWARCOWALD et al., 2015).

5.2. Caderneta do idoso:

O aumento do número de idosos em todo o mundo tem levado a sociedade a se modificar e buscar adotar padrões econômicos, estruturais e de serviços que possam atender a essa população. Da mesma forma a saúde busca medidas para melhor acolher esse grupo, por meio da promoção, proteção e recuperação de sua saúde. (DAMASCENO e CHIRELLI, 2019).

Dessa forma, a caderneta do idoso tem o objetivo principal de acompanhar as condições de saúde individual do idoso, a fim de poder identificar qualquer sinal de patologia ou outra interferência no bem estar desses indivíduos, podendo, portanto interferir de forma precoce em seu tratamento e obter um melhor prognóstico. (DAMASCENO e CHIRELLI, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Além disso, essa ferramenta é útil em qualquer nível de atenção em saúde, sendo muito importante para o trabalho em equipe multi e interdisciplinar, por possuir e poder anotar informações úteis a todos os profissionais da saúde, permitindo analisar exercer uma melhor abordagem de cuidado para cada pessoa idosa. (DAMASCENO e CHIRELLI, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção concretizou-se por meio de reuniões semanais com esses pacientes na sala de espera da UBS, visitas domiciliares e distribuição da caderneta do idoso, onde se buscou educação em saúde para melhor orientá-los, além de outras tecnologias que serão mais detalhadas nos quadros abaixo.

Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Quadro 2 – Operação sobre o nó crítico 1 relacionado ao problema “Usuário com pressão arterial e glicemia descontroladas” na comunidade da ESF III, em Senador Rui Palmeira, Alagoas.

| | |
|------------------------------|---|
| NÓ CRÍTICO 1 | HÁBITOS DE VIDA INADEQUADOS |
| OPERAÇÃO | Adotar hábitos de vida saudáveis |
| PROJETO/RESULTADOS ESPERADOS | Viver mais e melhor/ melhorar 80% o estilo de vida dos hipertensos e diabéticos, através da alimentação saudável e atividade física. |
| PRODUTOS ESPERADOS | Encontros semanais. Orientações. Atividade física. Avaliação nutricional. Elaboração de cardápio individual. Monitoramento de Pressão Arterial (P.A.) e glicemia. |
| RECURSOS NECESSÁRIOS | Cognitivo: elaboração do projeto de adequação e estratégias de comunicação. Político e social: Articulação com o NASF e Academia da Saúde. Organizacional: Espaço estrutural na academia da saúde para realização dos encontros Financeiro: Aquisição de materiais para confecção dos cardápios, de materiais para verificação de P.A. e glicemia, recursos audiovisuais, etc. |
| RECURSOS CRÍTICOS | Político, social e organizacional: conseguir apoio para o trabalho intersetorial. Financeiro: Aquisição de materiais para confecção dos cardápios, de materiais para verificação de P.A. e glicemia e |

| | |
|--|---|
| | recursos audiovisuais, etc. |
| ATORES/MOTIVAÇÃO | Coordenadora da ABS (motivação favorável). Academia da saúde (motivação favorável). NASF (motivação favorável). |
| AÇÕES ESTRATÉGICAS | Reuniões intersetoriais (coordenadora da ABS e equipe da ESF, coordenador, nutricionista e educador físico do NASF). |
| RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DAS OPERAÇÕES | Enfermeira. |
| PRAZO | Três meses para o início das atividades. |
| GESTÃO DO PLANO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS OPERAÇÕES | Reunião com a coordenadora da ABS e coordenadora do NASF: em até 15 dias. Reunião com nutricionista e educador físico: em até 1 mês. Projeto viver mais e melhor implantado na ESF, sendo executado de forma semanal na academia da saúde: em até três meses. |

Quadro 3 – Operação sobre o nó crítico 2 relacionado ao problema “Uso incorreto das medicações”, na comunidade da ESF III, em Senador Rui Palmeira, Alagoas.

| | |
|------------------------------|--|
| NÓ CRÍTICO 2 | Uso das medicações fora do horário |
| OPERAÇÃO | Medicação Pontual |
| PROJETO/RESULTADOS ESPERADOS | Medicação Controlada/melhorar 85% o uso correto das medicações. |
| PRODUTOS ESPERADOS | Confeccionar saquinhos plásticos personalizados com adesivos de: sol, comida e lua. Colocar a medicação de cada paciente em cada saquinho correspondente, medicação que seja para tomar de manhã com o desenho do sol, a que seja para tomar no horário do almoço com o desenho da comida e a que seja para tomar a noite com o desenho da lua. Deixar os saquinhos na farmácia. Visitas domiciliares dos ACS's para monitorar o efeito da estratégia. |
| RECURSOS NECESSÁRIOS | Cognitivo: estratégias de entrega das medicações, elaboração do projeto de adequação. Político: Articulação com a coordenadora da ABS e |

| | |
|--|---|
| | com a farmácia municipal. Financeiro: para confecção dos saquinhos personalizados. |
| RECURSOS CRÍTICOS | Político: Articulação com a secretária de saúde e com a farmácia municipal. Organizacional: organização das agendas dos ACS's para realizar visitas a esses pacientes. Financeiro: para confecção dos saquinhos personalizados. |
| ATORES/MOTIVAÇÃO | Secretária de saúde (motivação favorável) Farmacêutica (motivação favorável).ACS's (motivação favorável) |
| AÇÕES ESTRATÉGICAS | Reuniões com a secretária de saúde, farmacêutica e ACS's para apresentação e discussão do projeto. |
| RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DAS OPERAÇÕES | Enfermeira e Secretária da saúde. |
| PRAZO | Dois meses para início do projeto. |
| GESTÃO DO PLANO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS OPERAÇÕES | Reunião com os ACS's: em até 8 dias. Reunião com a secretária: em até 15 dias. Reunião com a farmacêutica em até 1 mês. Materiais confeccionados e sendo entregues na farmácia: em até 2 meses. |

Quadro 4– Operação sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema “Usuário com pressão arterial e glicemia descontroladas”, na comunidade da ESF III, em Senador Rui Palmeira, Alagoas.

| | |
|------------------------------|--|
| NÓ CRÍTICO 3 | NÃO USO DA CADERNETA DO IDOSO |
| OPERAÇÃO | Caderneta do idoso sempre |
| PROJETO/RESULTADOS ESPERADOS | Implantação do uso da caderneta do idoso/que todos/as profissionais da UBS passem a utilizar a caderneta, bem como os/as idosos/as |

| | |
|--|--|
| PRODUTOS ESPERADOS | Divulgação da caderneta entre os/as profissionais e idosos/as, treinamento no uso da caderneta |
| RECURSOS NECESSÁRIOS | Cognitivo: Político: Articulação com a coordenadora da ABS e com a farmácia municipal. Financeiro: |
| RECURSOS CRÍTICOS | Político: Articulação com a secretária de saúde Organizacional: organização das agendas dos ACS's para realizar visitas a esses pacientes. Financeiro: |
| ATORES/MOTIVAÇÃO | Secretária de saúde (motivação favorável) ACS's (motivação favorável) |
| AÇÕES ESTRATÉGICAS | Reuniões com a secretária de saúde e ACS's para apresentação e discussão do projeto. |
| RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DAS OPERAÇÕES | Enfermeira e Secretária da saúde. |
| PRAZO | Dois meses para início do projeto. |
| GESTÃO DO PLANO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS OPERAÇÕES | Reunião com os ACS's: em até 8 dias. Reunião com a secretária: em até 15 dias. Reunião com a farmacêutica em até 1 mês. |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante desse exposto, nota-se que o trabalho em grupo de hipertensos e diabéticos acompanhados por uma equipe multiprofissional é importante no processo de educação em saúde, permitindo aos profissionais um trabalho mais contínuo e um melhor monitoramento de seus pacientes. Também é importante prestar atenção nas medicações que os pacientes estão fazendo uso e se estão usando corretamente. Além disso, percebe-se que o uso da caderneta do idoso é indispensável em seu cuidado, por facilitar suas informações de saúde, úteis a todos os profissionais, bem como ao próprio indivíduo, otimizando o atendimento e promovendo um melhor acompanhamento de sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. *Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento*. Brasília, 2008.

BRAZ, M. M.; SANTOS, S. B. A.; PIVETTA, H. M. F. Qualidade de vida em diabéticos e hipertensos: estudo de casos em abordagem fisioterapêutica. *Cinergis*, v. 15, n. 1, p. 24, 2014.

CAMARGO, R. A. A.; ANJOS, F. R.; AMARAL, M. F. Estratégia de saúde da família nas ações primárias de saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 864, 2013.

CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; MEDINA, M. G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na atenção básica: perspectiva de profissionais e usuários. *Revista Saúde em Debate*, v. 38, n. (especial), p. 265, 2014.

COTTA, R. M. M. et al. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. *Revista de Nutrição*, v. 22, n. 6, p. 823, 2009.

COTTA, R. M. M. et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do programa de saúde da família no município de Teixeira, MG. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1251, 2009.

DAMASCENO, M. J. C. F.; CHIRELLI, M. Q. Implementação da saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais e gestores. *Rev. Ciências e Saúde Coletiva*, v. 24, n. 5, p. 1637-1646, 2019.

FAGUNDES, C. N.; CORSO, A. C. T.; GONZÁLES-CHICA, D. A. Perfil epidemiológico de hipertensos e diabéticos cadastrados na atenção básica em saúde, Florianópolis-SC. *Revista Pesquisa e Saúde*, v. 18, n. 1, p. 28-34, 2017.

OLIVEIRA, P. T. G.; ALMEIDA, J. M. Grupo educativo: análise na mudança do estilo de vida de portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes tipo 2. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 20, n. 3, p. 142, 2018.

RANDIGONA, B.; SOUZA, R. K. T.; JUNIOR, L. C. Avaliação da cobertura da atenção básica na detecção de adultos com diabetes e hipertensão. *Revista Saúde em Debate*, v. 39, n. 105, p. 423, 2015.

STOPA, S. R. et al. Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão as medidas comportamentais no município de São Paulo, Brasil, 2003-2015. *Cad. Saúde Pública*, v. 34, n. 10, 218.

SZWARCWALD, C. L. et al. Recomendações e práticas dos comportamentos saudáveis entre indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 18, n. 2, p. 132, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/oque>. Acesso em: 27/10/2020.