



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA**

Renata Lira do Nascimento

**O USO DE CAIXAS DE MEDICAMENTOS PARA MELHORIA DA ADESÃO  
MEDICAMENTOSA DE PACIENTES IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS  
ANALFABETOS NA COMUNIDADE DO LOTEAMENTO PALMAR**

**MACEIÓ**

**2021**

**Renata Lira do Nascimento**

**O USO DE CAIXAS DE MEDICAMENTOS PARA MELHORIA DA ADESÃO  
MEDICAMENTOSA DE PACIENTES IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS  
ANALFABETOS NA COMUNIDADE DO LOTEAMENTO PALMAR**

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.

Orientador: Prof. Dr. Ednaldo Almeida Gomes.

**MACEIÓ**

**2021**

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

N193u Nascimento, Renata Lira do.  
O uso de caixas de medicamentos para melhoria da adesão medicamentosa de pacientes idosos hipertensos e diabéticos analfabetos na comunidade do loteamento Palmar / Renata Lira do Nascimento. – 2021.  
48 f. : il.

Orientador: Ednaldo Almeida Gomes.  
Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 44-47.  
Apêndice: f. 48.

1. Analfabetismo. 2. Idoso. 3. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

CDU: 614: 616.379-008.64

Dedico aos meus filhos e a todos os outros envolvidos no meu processo de aprendizagem e crescimento profissional, principalmente às minhas colegas de trabalho e curso, parceiras em mais essa jornada.

## **AGRADECIMENTOS**

Gratidão à minha equipe de Estratégia Saúde da Família José Bernardes Neto, que contribuíram diretamente com informações e trabalho árduo na construção de organograma numa comunidade nova e cheia de desafios.

Gratidão às minhas parceiras, Agentes Comunitárias de Saúde, Liane, Josiana e Alderi, e nossa auxiliar administrativa Lidiane que enfrentaram sol e chuva, ladeiras e lama para desenharmos juntas o nosso mapa da área.

Gratidão a Cinthia e Isabella, que ajudaram na edição e elaboração deste trabalho.

E por fim, gratidão ao meu orientador, Prof. Dr. Ednaldo Gomes, pela orientação e paciência nessa reta final de curso.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Desde a década de 90 com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), as comunidades carentes puderam contar com um modelo de atenção à saúde voltado para promoção e prevenção, tendo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como elos entre a equipe e a população. Através das visitas domiciliares, os ACSs podem identificar problemas comuns a determinados grupos e planejar, em equipe, intervenções que possam favorecer o maior número de usuários dispostos a aceitar as orientações feitas por esta. Pela vulnerabilidade, os idosos tendem a apresentar maiores dificuldades na manutenção de sua autonomia, que pode estar relacionada a fatores sociais, como o analfabetismo; ao déficit cognitivo, como as demências; ou relacionada à situação de multimorbidades, onde a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM) afetam a maioria destes e podem causar muitos problemas relacionados ao uso correto e adesão medicamentosa dos fármacos utilizados nos tratamentos. **OBJETIVO:** Apresentar um plano de intervenção para melhorar a adesão de tratamento medicamentoso de idosos hipertensos e diabéticos analfabetos, da comunidade do Loteamento Palmar com orientação de uso de caixas de medicamentos com símbolos indicativos de horários. **METODOLOGIA:** Trata-se de um projeto de intervenção, baseado no Planejamento Estratégico Situacional (PES) e elaborado a partir do diagnóstico situacional e levantamento dos nós críticos do território adscrito da USF José Bernardes Neto. Nele, foram elencadas as dificuldades relativas à utilização adequada de medicamentos de uso contínuo pelos idosos com HAS e DM, principalmente os analfabetos, causando o comprometimento do tratamento e riscos desnecessários à sua saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** De acordo com esse levantamento, foi possível realizar o planejamento de ações educativas, oportunizando o vínculo da equipe com a comunidade e dando resolutividade a outras problemáticas como a regularização de consultas e o recadastramento dos usuários no Hiperdia. Além destas, o nó crítico principal tornou-se um projeto de intervenção em saúde direcionada para atender os idosos analfabetos, HAS e DM, de forma individual, respeitando sua autonomia e estimulando sua capacidade para gerenciar seu autocuidado.

**Palavras-chave:** Analfabetismo. Idoso. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Since the 1990s, with the creation of the Family Health Program (PSF), poor communities were able to participate of a health care model aimed at promotion and prevention, with Agents from Community Health as links between the team and the population. Through home visits, these agents can identify problems common to certain groups and plan, as a team, interventions that can favor the largest number of users willing to accept as guidelines made by this group. Due to their vulnerability, the elderly tend to have greater difficulties in maintaining their autonomy, which may be related to social factors, such as illiteracy; cognitive deficit, such as dementia; or related to the situation of multimorbidities, where systemic arterial hypertension (SAH) and diabetes mellitus (DM) affect most of these and can cause many problems related to the correct use and medication adherence of the drugs used in the agreements. **OBJECTIVE:** To present an intervention plan to improve the adherence to drug treatment of illiterate hypertensive and diabetic elderly, from the Loteamento Palmar community, with guidance on the use of medication with time symbols. **METHODOLOGY:** This is an intervention project, based on the Situational Strategic Planning (PES) and elaborated from the situational diagnosis and survey of the obligated nodes of the USF José Bernardes Neto's assigned territory. In it, they were listed as difficulties related to the use of medications for continuous use by the elderly with SAH and DM, especially the illiterate, causing the compromise of treatment and unnecessary risks to their health. **FINAL CONSIDERATIONS:** According to this survey, it was possible to carry out the planning of educational actions, providing opportunities for the team to bond with the community and providing solutions to other problems such as regularizing consultations and re-registering users in Hiperdia. In addition, the main critical node has become a health intervention project aimed at assisting illiterate elderly people, SAH and DM, individually, respecting their autonomy and encouraging their ability to manage their self-care.

**Keywords:** Literacy. Aged. Family Health Strategy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Aspectos demográficos do Loteamento Palmar, área coberta pela equipe da ESF José Bernardes Neto, no bairro do Rio Novo.....	18
Quadro 2 – Aspectos epidemiológicos do Loteamento Palmar, área coberta pela equipe da ESF José Bernardes Neto, no bairro do Rio Novo... ..	19
Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde José Bernardes Neto, município de Maceió, estado de Alagoas.....	23
Quadro 4 - Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema dos “hipertensos e diabéticos confundirem as medicações devido ao analfabetismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Bernardes Neto, do município de Maceió, estado de Alagoas.....	37
Quadro 5 - Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema dos “hipertensos e diabéticos confundirem as medicações devido ao analfabetismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Bernardes Neto, do município de Maceió, estado de Alagoas.....	38
Quadro 6 - Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema dos “hipertensos e diabéticos confundirem as medicações devido ao analfabetismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Bernardes Neto, do município de Maceió, estado de Alagoas.....	40



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABVD - Atividade Básica da Vida Diária

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário

APS - Atenção Primária à Saúde

AVE - Acidente Vascular Encefálico

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAF - Central de Abastecimento Farmacêutico

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CCL - Comprometimento Cognitivo Leve

CORA - Complexo Regulador Assistencial de Maceió Diabetes Mellitus DM

DAS - Diretoria de Atenção à Saúde

DS - Distrito Sanitário

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EJA - Educação de Jovens e Adultos

ESF - Estratégia Saúde da Família

E-SUS - Sistema de Informações da Atenção Básica

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HGE - Hospital Geral do Estado

HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

HUPAA - Hospital Universitário Professor Alberto Antunes

IAM- Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PES - Planejamento Estratégico Simplificado

PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão

PIB - Produto Interno Bruto

PNACS - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

RAS - Região Administrativa de Saúde

SLUM - Superintendência de Limpeza Urbana de Maceió

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UDA - Unidades Docentes Assistenciais

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	12
1.1 - Aspectos gerais do Município	13
1.2 - O Sistema Municipal de Saúde	13
1.2.1 - Pontos de Atenção à Saúde e Sistemas de Apoio e Logística	14
1.2.2 - Organização dos Pontos de Atenção à Saúde	15
1.3 - ASPECTOS DA COMUNIDADE	16
1.3.1 - Aspectos socioeconômicos	16
1.3.2 - Aspectos demográficos	17
1.3.3 - Aspectos epidemiológicos	18
1.3.4 - Listar os principais problemas relacionados à situação de saúde da população adscrita à área de abrangência da sua equipe	19
1.4 - A Unidade Básica de Saúde José Bernardes Neto	20
1.5 - A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica José Bernardes Neto	20
1.6 - O funcionamento da Unidade de Saúde José Bernardes Neto	21
1.7 - Estimativa Rápida: Problemas de saúde do território e da comunidade	22
1.8 - Priorização dos problemas	24
2 - JUSTIFICATIVA	25
3 - OBJETIVOS	26
3.1 - Objetivo Geral	26
3.2 - Objetivos Específicos	26
4 - METODOLOGIA	27
5 - REVISÃO DE LITERATURA	28
5.1 - Idosos no contexto da Estratégia Saúde da Família	28
5.2 - Índices relacionados aos pacientes crônicos	29
5.3 - Idosos no contexto da Diabetes e Hipertensão	29
5.4 - Idosos no contexto da dificuldade cognitiva	30
5.5 - A importância das ações e orientações aos idosos	31
5.6 - A importância da orientação sobre o uso dos medicamentos e automedicação	32
5.7 - A importância de estratégias de intervenções específicas e adequadas para este	33

público

6 - PLANO DE INTERVENÇÃO	34
6.1 - Descrição do problema selecionado	34
6.2 - Explicação dos problemas selecionados	35
6.3 - Seleção dos nós críticos	36
6.4 - Desenho das operações sobre nó crítico	37
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
8 - REFERÊNCIAS	43
9 - APÊNDICE	47

## 1. INTRODUÇÃO

Há quase 20 anos, o Ministério da Saúde, em conjunto com as secretarias estaduais e municipais, regularizou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), que logo foi alterado para Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e visava através da orientação e atenção individualizada reduzir os indicadores de morbimortalidade infantil e materna no Nordeste brasileiro. Pouco depois, em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), um novo modelo que tinha as ações práticas em saúde diretamente na comunidade como objetivo, em substituição ao modelo tradicional de demandas (BARROS, 2010).

Ainda segundo Barros (2010), os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) tinham a função de ligação entre os serviços de saúde e a comunidade, não possuíam qualificação profissional e nem reconhecimento como profissão. Essa, só foi regularizada em 2002, revogada em 2006 e sua regulamentação foi promulgada na Lei nº 11.350. Após esta, o ACS passa a ser visto como uma estratégia política possível para superar o modelo tradicional, e assinala, assim, perspectivas para a construção de um novo modelo de atenção à saúde.

E isso pode ser visto até hoje, onde os ACSs pertencem a um cargo de nível técnico, porém, a maioria já apresenta nível superior completo, por buscarem qualificar seu trabalho e oferecer informações mais precisas para seus usuários. Realizam suas funções de visitas domiciliares, cadastros, ações educativas, atividades em grupo entre outras funções inerentes ao cargo e participam ativamente da vida dos usuários de sua comunidade.

A cada nova visita, os ACSs conseguem fortalecer os laços com toda a comunidade, podendo assim, interferir em problemáticas importantes para os usuários, como por exemplo, nas gestantes, nas crianças e mais ainda nos idosos, que apresentam um grau de vulnerabilidade em certas populações. Sendo sua maioria hipertensa ou diabética, quando não os dois, certamente faz uso de muitos medicamentos e se não tiver atenção e cuidado, aumentando o risco de fazer uso da medicação errada e sofrer uma intoxicação por interação medicamentosa, fator piorado pelo analfabetismo.

Pensando nessa população que demanda mais atenção, a equipe de saúde é a responsável pelo desenvolvimento de metodologias simples, que promovam a saúde, autonomia e autocuidado por parte dos usuários. E os ACSs atuam na fiscalização da manutenção dessas ações educativas, reforçando as orientações, supervisionando os

instrumentos oferecidos para contribuir com a independência dos usuários e atentas para adaptar esses instrumentos, baseados na individualidade de cada um.

### **Aspectos gerais do Município**

Maceió é a capital de Alagoas, com uma população estimada de 3.337.357, pessoa, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2019. Localizado na região Nordeste, Alagoas ocupa uma área de 27.848,140 km<sup>2</sup>. Possui 102 municípios, fazendo limites com Pernambuco, Sergipe, Bahia e Oceano Atlântico.

Conforme dados do IBGE, a composição do Produto Interno Bruto (PIB) de Alagoas é a seguinte: agropecuária 6,8%, indústria 24,5% e serviços 68,7%. Alagoas é o quinto maior produtor nacional de cana-de-açúcar, além do cultivo de arroz, feijão, mandioca, milho, banana, abacaxi, coco-da-baía, laranja, algodão e fumo. Pecuária com criação de rebanhos bovinos, equinos, caprinos e ovinos. Na indústria, destaca as dos ramos alimentícios, açúcar, álcool, têxtil, químico, cloro químico, cimento, mineração, produção de petróleo e gás natural.

### **O Sistema Municipal de Saúde**

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias (UNASUS, 2015).

O Sistema Municipal através da Secretaria Municipal de Saúde é o responsável pela execução, planejamento, controle e organização das ações e serviços de saúde definidos pelos conselhos municipais e em parceria com a esfera estadual e o conselho municipal (BRASIL, 2009).

No Município, as ações são desempenhadas na Atenção Básica como porta de entrada dos serviços de saúde, onde a promoção, prevenção e tratamento de determinadas doenças podem ser realizadas e acompanhadas, de forma contínua, por uma equipe multiprofissional de saúde, nas Unidades Básicas de Saúde. Quando os cuidados ultrapassam o nível básico de suporte, podem ser encaminhadas para as redes interligadas de atenção, como: realização de diagnóstico por imagem, exames laboratoriais, serviço de urgência e emergência, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Reabilitação Física e Motora, Órteses e Próteses, Rede de Atenção Materno Infantil (Rede Cegonha) entre outros.

A Unidade José Bernardes Neto está situada no IV Distrito Sanitário (DS), que é composto por 09 bairros e tem uma população total do distrito de 106.005 habitantes, representando, aproximadamente, 10,4% da população do Município. Quanto à organização dos serviços, a rede de serviços do SUS no IV Distrito possui 07 unidades de atenção básica, sendo 04 unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) e 02 unidades básicas de modelo tradicional, que atendem por demanda espontânea e 01 unidade mista (ESF e demanda), representando 46,27% de cobertura.

O PAM Bebedouro é a Unidade de Referência no DS e oferta algumas especialidades médicas, como Psiquiatria, Cardiologia, Colposcopia, Pneumologia, Dermatologia, Otorrinolaringologia e, ainda, é referência secundária para tuberculose e hanseníase. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) atende a população do território e de outras regiões de Maceió e Alagoas (MACEIÓ, 2017).

#### Pontos de Atenção à Saúde e Sistemas de Apoio e Logística

- **Atenção Primária à Saúde:** Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF): PAM Bebedouro (UBS Dr. Antônio de Pádua Cavalcante – Petrópolis), USF Edvaldo Silva (Fernão Velho), USF José Bernardes Neto (Rio Novo), USF Cláudio Medeiros (Rio Novo – Conjunto dos Vales), USF João Sampaio (João Sampaio), USF José Guedes de Farias (Santa Amélia), Unidade (mista) Paraíso do Horto – AMACOPH (Chã da Jaqueira), USF Geraldo Melo (Bom Parto);
- **Pontos de Atenção à Saúde Secundária:** Unidades de Referência para a realização de exames, normalmente pertencem à mesma Região Administrativa de Saúde (RAS) que a Unidade encaminhadora, como as Unidades de Referência PAM Bebedouro (Tuberculose e Hanseníase), Centro de Atenção Psicossocial Sadi Feitosa (CAPS III), Mini Pronto Socorro Dom Miguel Fenelon Câmara (Chã da Jaqueira), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Tabuleiro Galba Novaes de Castro (mesmo sendo de responsabilidade do Estado, foi construída no bairro do Tabuleiro dos Martins e “representa mais um reforço na assistência à saúde dos moradores do bairro e adjacências, como Santa Lúcia, Clima Bom, Santos Dumont, Cidade Universitária, Fernão Velho, Village Campestre, Santa Amélia e Forene, além dos municípios próximos, como Rio Largo, Santa Luzia, Pilar e Satuba” (LIMA, 2019);

## Segundo o Plano Municipal de Saúde:

[...] para acesso à rede de serviços especializados, a unidade básica de saúde direciona os usuários para as Unidades de Referência, PAM Salgadinho, CAPS, CEOs e UPAs e/ou. Além disto, Maceió dispõe de 118 serviços da rede complementar ao SUS, composta por instituições públicas (estadual e federal) e entidades filantrópicas e privadas conveniadas – os hospitais de média e alta complexidades contratualizadas e serviços ambulatoriais credenciados-, buscando organizar o sistema na perspectiva de funcionamento da referência e contrarreferência (MACEIÓ, 2017, p.77).

- **Pontos de Atenção à Saúde Terciário:** Hospital Geral do Estado (HGE), Maternidade Santo Antônio (referência para risco habitual), Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA – referência para alto risco);
- **Sistemas de Apoio: Diagnóstico e Terapêutico, Assistência Farmacêutica, Informação em Saúde: Complexo Regulador Assistencial de Maceió (CORA),** Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), Clínica Guri, Casa de Saúde Ulisses Pernambucano, Casa de Saúde Miguel Couto;
- **Sistemas Logísticos: Transporte em Saúde, Acesso Regulado à Atenção, Prontuário Clínico, Cartão de Identificação dos Usuários do SUS:** Cartão do SUS, Cartão de Matrícula de Cadastro Familiar na UBS, Sistema de Informações da Atenção Básica (E-SUS), Prontuário Eletrônico (PEC) e Físico.

## Organização dos Pontos de Atenção à Saúde

No município de Maceió, a Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) é a responsável por coordenar as ações e serviços de Atenção à Saúde, cuja finalidade é “Promover o acesso da população à Atenção à Saúde com ações e serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, visando à organização da rede assistencial” (MACEIÓ, 2013, apud MACEIÓ, 2017, p. 66).

A organização do serviço se dá da seguinte forma: em casos clínicos de menor gravidade e risco à saúde, os usuários podem se dirigir a UPA do Tabuleiro ou do Trapiche e Mini Pronto Socorro da Chã da Jaqueira. Em casos de maior risco de morbidade, seguem direto para o HGE. Ao serem atendidos na UBS, passam por triagem e levam por escrito um resumo do que foi realizado ( aferição de PA, temperatura, peso, anamnese e principais queixas) para entregar na triagem do local de atendimento e são orientados a retornarem à Unidade após o atendimento ou período de internação, caso seja necessário, trazendo o



resumo de alta e receita das medicações prescritas para continuação do tratamento. O ACS realiza as visitas com maior periodicidade, até garantir que o usuário esteja orientado quanto à continuidade dos cuidados e tratamento, realizando agendamento de consulta de retorno com a Clínica Médica e encaminhamento para agendamento de consultas e exames para marcação do CORA.

O Hospital Santo Antônio é nossa referência para partos de risco habitual e o HUPAA serve como referência para o pré-natal de alto risco, com a realização de consultas, exames e parto no próprio hospital. E caso a gestante possua plano de saúde privado, realiza concomitantemente as consultas na UBS, para que possamos ter conhecimento do andamento do pré-natal. Em caso de parto, a gestante é orientada a retornar à UBS com relatório de parto, registros dos dados do bebê e dos testes neonatais realizados na maternidade (orelhinha, olho) para realização de teste do pezinho, vacinação de rotina e primeira consulta do recém-nascido, que também pode ser realizada pela ACS junto com a Enfermeira na residência da puérpera, para observar o ambiente e os cuidados que ela está tendo consigo e com aquele.

### **Aspectos da Comunidade**

A Unidade de Saúde da Família José Bernardes Neto, está localizada no bairro do Rio Novo, que existe há quase um século e está situado em Maceió, a 12 quilômetros do Centro da Cidade, limita-se ao norte com o bairro de Santos Dumont e o município de Satuba, ao sul com a Lagoa Mundaú, a leste com Clima Bom e Fernão Velho e Oeste com Satuba e Lagoa Mundaú. Pertence a 4º Região Administrativa, possui pouco mais de 7.310 mil habitantes (de acordo com o Censo do ano de 2010/IBGE) numa área de 2.753 km<sup>2</sup>. Tem o riacho Carrapatinho como fonte primitiva de comércio, desde a origem do bairro, através da extração e comercialização de areia lavada pelos próprios moradores do bairro (ANJOS, 2004).

### **Aspectos Socioeconômicos**

É uma comunidade carente e em sua estrutura apresenta poucas ruas pavimentadas, e com isso, lixo a céu aberto (pela indisponibilidade de tráfego pelo caminhão do Superintendência de Limpeza Urbana de Maceió (SLUM), que só transita pelas ruas calçadas pelo risco de atolamento); saneamento básico precário; possui um Cemitério Municipal

Divina Pastora; uma estação de trem; duas Unidades de Saúde da Família, a José Bernardes Neto (que possui uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) e realiza atendimento aos moradores do Loteamento Palmar) e a Cláudio Medeiros (que possui três equipes de ESF, atendendo parte dos moradores do Rio Novo e do Conjunto dos Vales) e várias lojas, caracterizando o comércio local.

Grande maioria da população depende da renda dos Programas Sociais do governo, como o Bolsa Família; outros têm renda informal, proveniente da venda de mariscos como o sururu, peixes, frutas e verduras; a minoria apresenta carteira assinada ou são subempregados. Possui grande número de idosos, analfabetos em sua maioria; a maior parte das crianças estuda na escola do bairro (a Escola Pedro Café oferta vagas para o Ensino Infantil e Fundamental I); os adolescentes precisam se deslocar para os bairros vizinhos Vila ABC, Fernão Velho ou Satuba, assim como os adultos que frequentam o Educação de Jovens e Adultos (EJA).

Na questão social, podemos citar a Associação de Moradores, que objetiva discutir e reivindicar as necessidades e direitos da comunidade circunscrita. Apesar de tamanha participação e mobilização comunitária, não foi identificada nenhuma atividade relacionada a cursos profissionalizantes ou atividades educativas com a possibilidade de geração de emprego e renda para a população mais jovem ou desempregada.

#### Aspectos demográficos

O Cálculo da densidade demográfica de uma determinada região funciona como indicador para planejamento urbano, de políticas para apropriação de território e infraestrutura da área. Em 2016, segundo o IBGE, o IV Distrito Sanitário contava com uma população de 106.005 pessoas, em 17,93% de território e 5.912,16 de densidade demográfica (MACEIÓ, 2017).

**Quadro 1** – Aspectos demográficos do Loteamento Palmar, área coberta pela equipe da ESF José Bernardes Neto, no bairro do Rio Novo

<b>FAIXA ETÁRIA/ANO</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMININO</b>	<b>TOTAL</b>
< 1	14	6	20
1-4	88	77	165
5-14	189	210	399
15-19	85	102	187
20-29	161	191	352
30-39	135	169	304
40-49	141	154	295
50-59	111	132	243
60-69	72	72	144
70-79	46	49	95
≥ 80	14	21	35
<b>TOTAL</b>	<b>1056</b>	<b>1183</b>	<b>2239</b>

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência.

#### Aspectos epidemiológicos

É possível observar os seguintes dados relacionados ao perfil epidemiológico no IV Distrito Sanitário, como causas de óbitos:

- 27,2% - doenças do aparelho circulatório,
- 18,5% - causas externas, e
- 10,9% - neoplasias.

Quanto à morbidade, os registros de notificação compulsória de 2016 nos mostram:

- 45,1% - dengue,
- 22,7% – atendimento antirrábico, e
- 22,34% – animais peçonhentos (MACEIÓ, 2017).

**Quadro 2** – Aspectos epidemiológicos do Loteamento Palmar, área coberta pela equipe da ESF José Bernardes Neto, no bairro do Rio Novo

<b>CONDIÇÃO DE SAÚDE</b>	<b>QUANTITATIVO (nº)</b>
Gestantes	14
Hipertensos	206
Diabéticos	70
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	32
Pessoas que tiveram AVC	11
Pessoas que tiveram infarto	--
Pessoas com doença cardíaca	43
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	8
Pessoas com hanseníase	2
Pessoas com tuberculose	4
Pessoas com câncer	--
Pessoas com sofrimento mental	--
Acamados	--
Fumantes	--
Pessoas que fazem uso de álcool	--
Usuários de drogas	--

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência.

Listar os principais problemas relacionados à situação de saúde da população adscrita à área de abrangência da sua equipe

Por ser uma comunidade com baixo poder aquisitivo e grau de escolaridade, encontramos muitos problemas relacionados principalmente às crianças e aos idosos. Crianças subnutridas, quando não em estado de desnutrição, pela falta de alimentação rica em

nutrientes necessários para ingestão diária ou pela alimentação rica em sódio, embutidos, enlatados, alimentos de preparo instantâneo; vacinas de rotina atrasadas, algumas ao ponto de não poderem ser feitas pelo prazo determinado ter sido excedido (Rotavírus).

Quanto aos idosos, pode-se citar a falta de hábitos saudáveis de vida, a confusão com as receitas de medicação de uso contínuo, mas, a maior problemática está relacionada ao uso correto das medicações anti-hipertensivas e antiglicemiantes orais ou injetáveis, seja pelo fato deles morarem sozinhos, confundirem os horários/frequência/doses das medicações ou até mesmo não saberem ler os nomes, dificultando a identificação destes.

### **A Unidade Básica de Saúde José Bernardes Neto**

A USF José Bernardes Neto está situada na Avenida Hermínio Cardoso, rua de principal acesso ao bairro do Rio Novo e está lotada no antigo prédio da USF Cláudio Medeiros desde Junho de 2019. É um prédio amplo, bem localizado, com pontos de ônibus próximo à Unidade, dois acessos de entrada, sendo um deles uma rampa para uso dos portadores de deficiência física ou usuários cadeirantes. Possui doze salas distribuídas entre os profissionais atuantes, uma sala de espera para atendimento e realização de atividades coletivas com os usuários além da sala de reuniões da equipe. Todas as salas estão equipadas com computadores para registro de informações pelo Sistema de Prontuário Eletrônico na plataforma E-SUS (Sistema de Informações da Atenção Básica).

É formada por apenas 01 equipe de ESF, onde atende toda a população do Loteamento Palmar, que durante 23 anos pertenceu a equipe da ESF Cláudio Medeiros. Devido ao vínculo estabelecido há anos entre a comunidade e a equipe anterior, ocorreram alguns problemas de adaptação ao novo sistema de organização no atendimento e organograma. Além disso, passamos por um episódio de violência contra as funcionárias, causando muito medo na equipe, prejudicando até as visitas domiciliares das ACSs, por receio de represália, visto que há um histórico prévio de hostilidade na comunidade. Felizmente, aos poucos, conquistou-se a confiança dos usuários e o trabalho foi retomado sem maiores contratemplos.

### **A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica José Bernardes Neto**

A equipe da USF José Bernardes Neto é composta por:

- 01 Clínica Médica,
- 01 Pediatra (para atendimento de demanda espontânea),
- 01 Enfermeira,
- 02 Técnicas de Enfermagem,
- 04 Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs),
- 01 Dentista, 01 Auxiliar de Consultório Dentário (ACD),
- 01 Farmacêutica,
- 03 Auxiliares Administrativos,
- 01 Agendadora do CORA,
- 01 Auxiliar de Serviços Gerais,
- 02 Guardas Municipais (em turnos de 12h) e
- 01 Gerente Administrativo.

Há ainda a presença semanal da Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF-9), que tem como profissionais: Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Educador Físico e Assistente Social.

Como equipe, realizamos reuniões mensais para planejamento do calendário da UBS, e com o NASF, planejamos atividades coletivas, ações sociais, visitas domiciliares específicas para usuários que precisam de atendimento direcionado por algum profissional deste ou para realização do matriciamento para continuidade de seu cuidado.

### **O funcionamento da Unidade de Saúde José Bernardes Neto**

A Unidade funciona de segunda a sexta feira, das 07h às 16h, onde são realizadas as consultas agendadas previamente pelos ACSs, para a médica e a enfermeira, e consultas com a odontóloga e a Pediatra, que atendem em regime de demanda espontânea ou algumas urgências em geral. As salas de vacinas, triagem e de curativos funcionam durante todo o expediente. Apenas a farmácia e o CORA no horário da manhã, este pelo funcionamento do sistema de agendamento de consultas e exames, e aquela pela carga horária da Farmacêutica (6h) e falta de recursos humanos para continuação do serviço durante o horário da tarde.

A dentista e sua ACD são as responsáveis pela marcação das consultas odontológicas, para que possam gerenciar melhor os suprimentos necessários no atendimento odontológico. Cada profissional é responsável por sua agenda de atendimento e basicamente está atrelada

aos compromissos profissionais junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), como reuniões, capacitações ou treinamentos.

O atendimento é realizado após apresentação do cartão do SUS e de matrícula da unidade, para inserção do seu atendimento no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) pelo auxiliar administrativo. Seguindo o fluxograma, se dirige a triagem, onde serão aferidos os sinais vitais e deve aguardar, na sala de espera, ser chamado pelo profissional que irá atendê-lo. Enquanto isso, os demais profissionais da equipe podem prover orientações para os usuários, com entrega de panfletos, convidá-los para alguma atividade coletiva ou campanha de saúde. Após a consulta, caso necessário, o usuário pode se dirigir a farmácia, CORA, sala de vacina, curativo ou recepção para encerrar seu atendimento.

### **Estimativa rápida: Problemas de saúde do território e da comunidade**

Conhecer a população em que trabalhamos, nos ajuda a produzir um diagnóstico situacional mais detalhado, visando o levantamento de dados necessários para priorizar as ações de saúde, os parceiros que possam colaborar com as atividades propostas e como podemos envolver a população nas problemáticas que eles convivem há muito tempo e que podem interferir positivamente para uma possível resolução.

Após remapeamento da área adscrita, realização de visitas domiciliares e recadastramento da nova área, foram levantados os seguintes problemas relacionados à comunidade: hipertensos e diabéticos confundirem as medicações/ horários/ frequência/ dose devido ao analfabetismo; baixa adesão às atividades de saúde propostas pela equipe; desnutrição em crianças; vacinas das crianças em atraso e situação de violência entre as comunidades.

**Quadro 3** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde José Bernardes Neto, município de Maceió, estado de Alagoas

<b>PROBLEMAS</b>	<b>IMPORTÂNCIA*</b>	<b>URGÊNCIA**</b>	<b>CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO ***</b>	<b>SELEÇÃO/ PRIORIZAÇÃO</b>
Hipertensos e Diabéticos confundirem as medicações devido ao analfabetismo	ALTA	8	PARCIAL	1
Situação de violência entre as comunidades.	ALTA	7	FORA	3
Desnutrição em crianças	ALTA	6	PARCIAL	2
Vacinas das crianças em atraso	ALTA	6	PARCIAL	4
Baixa adesão às atividades de saúde	ALTA	3	PARCIAL	5



propostas pela equipe				
-----------------------	--	--	--	--

\*Alta, média ou baixa

\*\*Total de pontos distribuídos em “Urgência” deve totalizar 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

### **Priorização dos Problemas**

Baseado nas informações levantadas na área pelos ACSs, sobre as dificuldades dos Hipertensos e Diabéticos confundirem as medicações devido ao analfabetismo, foi realizada uma reunião em equipe para traçar estratégias para intervenção prática na comunidade do Loteamento Palmar. Dentre as ideias sugeridas, foi pensado em dar continuidade a um trabalho iniciado na comunidade da Vila ABC, nossa antiga área de atuação: a confecção de caixas identificadas com símbolos para indicar o horário que o usuário deveria fazer uso da medicação (café da manhã = **um sol**, almoço = **um prato de comida**, jantar = **uma lua**), além de espaço para colocar a receita de medicação mais recente, evitando misturar com outros encaminhamentos e possível perda por parte deles.

## 2. JUSTIFICATIVA

De acordo com a classificação de prioridades dos problemas encontrados em nossa comunidade, os idosos, por pertencerem a um grupo de vulnerabilidade social e de cuidados, foram classificados como item de alta importância por apresentarem mais riscos à sua saúde pela dificuldade em identificar corretamente seus medicamentos pelos nomes.

Logo após o cadastramento da população do Loteamento Palmar, no bairro do Rio Novo, realizado pela equipe de saúde da UBS José Bernardes Neto, foi levantado o número de idosos hipertensos e/ou diabéticos que apresentavam dificuldades para identificar todas as medicações que faziam uso pelo nome, visto que algumas destas variam na cor, formato e nome fantasia, de acordo com seu fabricante e acabava causando dúvidas nos usuários. Mesmo fazendo uso destes há muito tempo, foi observada uma confusão de receitas antigas/vencidas, a quantidade de comprimidos por horário, os nomes dos medicamentos quando eles sabiam dizer quais eram.

Essa desorganização fica visível nas triagens para consulta, com valores de pressão arterial e glicemia capilar alterada, mesmo o usuário afirmando ter feito uso do medicamento antes de procurar a UBS. Visando reduzir as queixas e melhorar dos parâmetros deste grupo, buscaram-se alternativas práticas para manutenção da independência desse idoso e facilitar o trabalho de toda equipe, pois a apresentação caixinha nas visitas domiciliares e durante as consultas, serviria como indicador do sucesso ou não da intervenção planejada.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo Geral**

Apresentar um plano de intervenção para melhoria da adesão de tratamento medicamentoso de idosos hipertensos e diabéticos analfabetos, da comunidade do Loteamento Palmar com orientação de uso de caixas de medicamentos com símbolos indicativos de horários.

#### **Objetivos Específicos**

- Realizar levantamento de grupos prioritários de idosos HAS e DM para atendimento e planejamento de intervenções individuais ou coletivas;
- Facilitar a adesão ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes;
- Orientar sobre autonomia e independência dos idosos analfabetos no seu processo de tratamento.

#### **4. METODOLOGIA**

Trata-se de um projeto de intervenção que visa à melhoria da adesão do tratamento medicamentoso de idosos hipertensos e diabéticos, com a confecção e orientação do uso de caixas de armazenamento de medicamentos com símbolos indicativos de horário. A proposta de intervenção surgiu a partir do diagnóstico situacional e do levantamento dos nós críticos do território da USF José Bernardes Neto, situado no Loteamento Palmar, no bairro de Rio Novo de Maceió - AL. Foi elencado como prioridade e alta relevância, a dificuldade com o uso adequado de medicamentos de uso contínuo pelos idosos com HAS e DM, principalmente os analfabetos, comprometendo o tratamento, segundo os relatos de experiência da equipe com a comunidade.

O projeto de intervenção em Saúde na Comunidade é uma proposta intencional, elaborada por todos os atores que compõem o contexto em questão (Comunidade e Equipe de Saúde), que promovem e repensam práticas para mudança de atitude e comportamentos, ordenando situações das práticas cotidianas de forma sistemática e resolutiva. Desta forma, propõe-se como intervenção a confecção e uso de caixas de medicamentos com símbolos indicativos de horários que representam os turnos do dia, sendo o desenho do sol para o horário da manhã, o de um prato para o horário da tarde e a lua para o horário da noite, com três divisões nas caixas, alusiva ao horário representado, além de espaço destinado para a receita mais recente dos medicamentos de uso contínuo.

Foram identificados até o momento, 104 idosos com a caracterização apresentada, com pretensão de atingir a meta de orientação de 100% dos idosos analfabetos, sendo que estes ainda encontram-se em fase de identificação.

O plano de intervenção foi sistematizado em duas fases: **fase de planejamento e fase de execução**. Na fase planejamento, foi realizado o reconhecimento da área com recadastramento de toda a população com levantamento do número de idosos e diabéticos e agendamento de consultas de enfermagem para avaliação e cadastro no grupo de HIPERDIA.

Na fase de execução e implementação, foram confeccionadas as caixas pela equipe de saúde e distribuídas por ACS para futura entrega e orientação de uso individual.

Para construção da revisão de literatura foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica.

## **5. REVISÃO DE LITERATURA**

O envelhecimento da população brasileira e o elevado número de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) se devem ao processo de transição demográfica que o país tem passado, quando comparamos os dados e vemos a redução de fecundidade/natalidade e mortalidade em todas as faixas etárias. No ano de 2010, o Brasil tinha uma população de 19,6 milhões com 60 anos ou mais, e estima-se que essa possa chegar a aproximadamente 41,5 milhões em 2030 (OLIVEIRA, 2020).

Devido a essa realidade, Silva (2019) conjectura que pessoas idosas convivem, geralmente, com doenças crônicas, e fazem uso de grande quantidade de medicamentos. Quando estes idosos não fazem boa adesão ao tratamento, há prejuízo no controle dos sintomas das doenças e na capacidade funcional, diminuindo a sensação de bem-estar e aumentando a busca por atendimento no sistema de saúde, um problema que poderia ser minimizado ou até resolvido se estes fossem utilizados da forma correta.

### **Idosos no contexto da Estratégia Saúde da Família**

Alguns desses idosos residem em comunidades que têm a ESF inserida no planejamento das políticas públicas de saúde e servem como porta de entrada para atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS). Aquela, “se caracteriza por uma atenção territorializada, desenvolvida por equipes multiprofissionais responsáveis pelo planejamento de ações de acordo com as necessidades locais de uma comunidade” (PIEDADE, 2021).

Reforçando essa definição, Coutinho (2020) afirma que os idosos têm a ESF como local específico para atendimento de suas multimorbidades de forma holística e individual. E, devido ao trabalho realizado por uma equipe multidisciplinar, acredita que as decisões tomadas buscam assegurar a equidade na assistência prestada, sem tirar a autonomia para o autocuidado dos seus usuários.

Por se tratar do primeiro nível de atenção à saúde, tendo as UBS e equipes da ESF como referência, a rede primária é responsável pelo tratamento de 60 a 80% dos casos de DM e HAS, pela aplicação de medidas preventivas e ações de promoção da saúde. Carvalho et al (2012) destaca ainda a importância desse tipo de programa para esses usuários, pelas práticas e atividades desenvolvidas em equipe e direcionadas para uma comunidade adscrita.

### **Índices relacionados aos pacientes crônicos**

Dentre as principais multimorbidades que afetam os usuários idosos, temos as DCNTs, que são caracterizadas por doenças do aparelho circulatório e respiratório crônico, o câncer e a diabetes mellitus (DM). Juntas, elas são responsáveis por 72% de mortes na população pobre e de grupos vulneráveis no Brasil, principalmente os idosos com baixa renda e escolaridade. Apesar de apresentar alta taxa de mortalidade, em 2007 (540 óbitos para 100 mil habitantes), esse valor significou a redução de 20% em óbitos no Brasil por doenças do aparelho circulatório e respiratório crônico, na última década, mas em relação às taxas de óbitos por câncer e DM os números cresceram no mesmo período. E, a Atenção Básica é responsável por essa redução de óbitos, por oferecer melhor assistência aos usuários e ações educativas para melhoria dos hábitos de vida saudável, como redução do uso de bebidas, do tabagismo e realização de atividades físicas e reeducação alimentar (BRASIL, 2011).

Em 2015, as DCNTs foram responsáveis por 75% dos óbitos no território brasileiro, e em 2017, por 73,4% de óbitos no mundo, causada por fatores evitáveis, como alimentação inadequada, alcoolismo, tabagismo e sedentarismo. Como o número de idosos vem crescendo, graças à transição demográfica, as APSs, através das ESFs não conseguem suprir as necessidades de atenção integral e continuada aos usuários portadores das DCNTs. Por isso, foi criado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) no Brasil (2011-2022), com o intuito de aperfeiçoar as políticas públicas relacionadas à promoção da saúde, prevenção e cuidado integral, visando à redução dos fatores de risco e dos números das DCNTs (OLIVEIRA, 2020).

### **Idosos no contexto da Diabetes e Hipertensão**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) acomete cerca de 30% de brasileiros, totalizando 36 milhões de indivíduos adultos, onde, deste total mais de 60% são idosos, e deste valor, 50% morrem por incidência direta ou indireta das doenças cardiovasculares. Estudos norte-americanos do ano de 2015 apresentam números referentes às complicações relacionadas à HAS, como causa de: 60% das doenças arteriais periféricas, 69% dos pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio (IAM), 75% com insuficiência cardíaca e 77% de acidente vascular encefálico (AVE). A HAS é descrita como uma condição clínica multifatorial, que muitas vezes está relacionada às alterações estruturais e/ou funcionais de órgãos-alvo como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, e pode ser acentuada por outras doenças como a diabetes mellitus ou por fatores de risco como a dislipidemia, a intolerância à glicose ou a obesidade abdominal (FREITAS, 2021).

Freitas (2021) também discorre acerca da diabetes mellitus (DM), como uma diversidade de distúrbios metabólicos, tendo a hiperglicemia como fator comum aos defeitos da ação ou secreção de insulina. Esta pode ser classificada, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes, em quatro classes: DM tipo 1, DM tipo 2, DM gestacional e outros tipos específicos de DM. No Brasil, uma pesquisa realizada em 2013 calculou que 6,2% de adultos jovens, 18 anos ou mais, haviam sido diagnosticados com diabetes.

Juntas, a HAS e a DM, no Brasil, são as maiores causas de morbimortalidade. Além delas apresentarem relação direta, estima-se que 35% a 75% dos problemas ligados à DM têm a HAS como causadora, e cerca de 60 a 80% dos atendimentos realizados na rede pública de saúde estão relacionados aos riscos para as doenças cardiovasculares oriundos destas. A DM é responsável por altas taxas de morbimortalidade, causando custos elevados ao sistema de saúde e pode ocasionar perda importante da qualidade de vida do usuário, sendo a DM do tipo 2 uma classe que pode ser evitada através da orientação e da prática de atividade física e alimentação saudável. (SILVA, 2019).

### **Idosos no contexto da dificuldade cognitiva**

Com a progressão do envelhecimento populacional, as DCNTs, são a causa da polimedicação e do crescimento das taxas de incapacidades físicas e mentais entre os idosos, diminuindo a qualidade do autocuidado por restringir o seu desempenho nas atividades básicas da vida diária (ABVDs), aumentando os custos do tratamento para a família e o sistema de saúde. Por isso, é comum a dependência de um cuidador para esses idosos, que além das deficiências, podem apresentar déficit cognitivo, colocando em risco sua vida, por não realizarem corretamente a adesão ao tratamento farmacológico. Dentre os principais fatores para facilitar essa, estão: o entendimento das orientações; a disponibilidade, a vontade e a habilidade em realizar o tratamento proposto; o contentamento do idoso com os serviços de saúde a que tem acesso; a quantidade de medicamentos em longo prazo, os custos e as formas de aquisição destes. A idade avançada e o déficit cognitivo são outros fatores que contribuem para o aumento das morbidades. Este, por aumentar em duas vezes o risco da não adesão medicamentosa, segundo estudo de coorte (1990) sobre a população idosa na comunidade. E aquele, por precisar demonstrar aptidões complexas como ler bulas, orientações sobre as medicações, vincular o tratamento às ABVDs, elaborar as formas de acesso ao medicamento e de repor as doses esquecidas. Sabe-se também que idosos com déficit cognitivo que moram sozinhos provavelmente não realizarão boa adesão ao tratamento (AIOLFI, 2015).

Assim como as DCNTs, Pereira et al (2020) esclarece que os idosos podem ter, como agravante, fatores associados ao chamado Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), que corresponde inicialmente a alguma forma de demência, como a Doença de Alzheimer ou demência vascular. Realizar diagnóstico precoce de demência é essencial para oferecer atendimento oportuno e adequado, que pode desacelerar o avanço dos sintomas cognitivos e neuropsiquiátricos, favorecendo planejamentos futuros da saúde desse idoso. O processo do envelhecimento leva o idoso a apresentar sinais de declínio cognitivo, dificultando sua capacidade em lembrar acontecimentos recentes, realizar cálculos e ter déficit de atenção. O déficit cognitivo, associado ou não ao quadro de demência, pode causar sintomas comportamentais, depressão e apatia, e ter a idade avançada, a mudança de ambiente e a imobilidade são fatores que estão relacionados a esse comprometimento cognitivo.

### **A importância das ações e orientações aos idosos**



Por apresentar uma relação contínua entre o paciente e sua família, a ESF facilita o acesso às intervenções de saúde ligadas à promoção e prevenção das condições crônicas, baseadas em seu diagnóstico, priorizando a autonomia dos sujeitos. No âmbito das DCNTs, que não possuem sintomas nítidos com tratamento e cura, como as doenças tradicionais, a ESF atua consolidando a assistência prestada pelo SUS, pertinente aos modelos de atenção aos pacientes de condições crônicas. (FREITAS, 2019)

A utilização de ações educativas, associada a esquema terapêutico de consultas e medidas equitativas elaboradas pela equipe de saúde, são recomendadas para o cuidado das pessoas com HAS. Dessa forma, é possível promover o acesso ao tratamento da doença e incentivar a participação no controle dos agravos à saúde, baseado nas dinâmicas definidas pela gestão sociodemográfica da realidade local (RÊGO, 2018).

Silva (2020) destaca o papel da Enfermagem sobre a prática assistencial, fundamentada nos diagnósticos de enfermagem, que possibilitam a elaboração de ações e plano de cuidados, tendo as ações educativas como método de intervenção para alcançar objetivos como o aumento da adesão medicamentosa, que é uma das principais causas de óbitos por HAS. Para a OMS, é um grande desafio o diagnóstico e tratamento de HAS em idosos, pela dificuldade em adequar a monoterapia com baixas doses, além da participação e compreensão dos objetivos da medicação. É importante que ele se sinta bem durante o processo de cuidar, pois, o esquecimento das doses, os efeitos colaterais, a associação com outras comorbidades, situação econômica, idade avançada e a fragilidade dos idosos são fatores determinantes para prejudicar o sucesso do tratamento. Nos idosos hipertensos, aderir ao tratamento diminui os riscos de um AVC e da mortalidade por doenças cardiovasculares, além de controlar a insuficiência cardíaca.

### **A importância da orientação sobre o uso dos medicamentos e automedicação**

Por terem seus tratamentos baseados na polifarmácia, os pacientes hipertensos e diabéticos oneram os custos pessoais e governamentais, expondo-se a riscos de complicações de saúde pelo uso de alguns medicamentos, que mesmo beneficiando o paciente são perigosos por serem usados de forma irracional. Logo, o sistema de saúde pode interferir na orientação destes pacientes, reestruturando os serviços de atenção à saúde para contribuir positivamente para os indicadores epidemiológicos sobre o consumo dos medicamentos (FREITAS, 2021).

Garcia (2018) destaca projetos relacionados às secretarias de saúde e de assistência social, como os grupos de idosos ligados às Universidades, que podem ser uma estratégia relevante para a melhoria na qualidade de vida da população idosa, pelo enfoque nos cuidados com a saúde e orientações sobre o uso responsável dos medicamentos. Neles, é possível levantar dados relacionados ao perfil de saúde desses idosos e quais medicamentos eles fazem uso, para promoção de atividades ou ações educativas para o consumo correto dos medicamentos.

A automedicação é definida como “a seleção e uso de medicamentos para o tratamento de doenças e sintomas que acometem o usuário, sem prescrição ou acompanhamento de um profissional habilitado (médico ou dentista)”. Este é um problema muito comum aos pacientes adultos e idosos e relaciona a automedicação como forma de autocuidado. Seja por influência de fatores externos, grau de informação sobre o uso dos medicamentos, sobras de medicação ou dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a automedicação é uma prática prejudicial à saúde do usuário de qualquer faixa etária, mas é mais séria nos idosos, por aumentar o risco de intoxicação ou interação medicamentosa, atraso no diagnóstico, resistência bacteriana e a despesa desnecessária com medicamentos. Quando se refere a medicamentos de uso contínuo, é interessante observar a adesão medicamentosa pela eficácia do tratamento, aliada ao comportamento do paciente frente às prescrições dos profissionais de saúde (GARCIA, 2018).

### **A importância de estratégias de intervenções específicas e adequadas para este público**

Para Moreira et al (2020), utilizar a educação em saúde como ferramenta de comunicação entre os usuários e a equipe de saúde, promove alterações benéficas na conduta dos pacientes sobre o tratamento. Utilizar as práticas educativas em saúde, serve como incentivo para mudança de hábitos que favorecem a proteção cardiovascular dos idosos portadores de DCNT, por exemplo.

Nas equipes da ESF, o enfermeiro é encarregado do planejamento das atividades educativas e ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos pacientes idosos, sendo necessário o conhecimento da população assistida por sua UBS, para focar nas dificuldades dos grupos e elaboração das metas dos cuidados a serem ofertados. Após levantamento do perfil epidemiológico populacional, são planejadas ações que visem

interferir na melhoria da qualidade de vida desse grupo, adaptando as práticas com o ambiente utilizado e conduzindo os cuidados com a saúde desses usuários (ARAÚJO et al, 2018).

## **6. PLANO DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se à dificuldade dos “hipertensos e diabéticos confundirem as medicações devido ao analfabetismo”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos.

Os quadros a seguir se referem à metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (PES), que será aplicada após o levantamento dos nós críticos, detalhando o planejamento realizado para promover ações resolutivas na comunidade do Loteamento Palmar, no bairro do Rio Novo - AL e traçando as metas a serem realizadas pela equipe da UBS José Bernardes Neto junto com os usuários da área adscrita.

### **Descrição do problema selecionado**

A fim de detalhar o problema priorizado para a intervenção, foram utilizados os dados trazidos pelas ACSs durante visitas de reconhecimento da nova área e cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos no Hiperdia. Após reunião de equipe, podem ser levantadas as seguintes problemáticas nessa comunidade:

- falta de regularidade as consultas com a médica e enfermeira para acompanhamento e controle dos parâmetros (pressão arterial e glicemia) dos hipertensos e diabéticos;
- deficiência no acompanhamento dos pacientes acamados ou que moram sozinhos;
- perda ou confusão entre as receitas antigas/vencidas, prejudicando a assistência farmacêutica;
- dificuldade dos idosos em identificar corretamente os medicamentos de uso diário;
- carência de ações educativas para os hipertensos e diabéticos acompanhados pela equipe de saúde;
- falta de vínculo entre a equipe e a comunidade.

### **Explicação do problema selecionado**

Ao receber a nova área para cobertura, foi realizada uma reunião de transição com a equipe da UBS Cláudio Medeiros, e nela, foram explanadas as condições da comunidade assistida, pontuando casos que necessitavam de maior atenção por apresentarem particularidades especiais. Dentre estes, os idosos, hipertensos e diabéticos receberam destaque especial por demonstrarem situação de vulnerabilidade e desinformação acerca de sua doença, do tratamento e dos riscos relacionados à baixa adesão medicamentosa.

As visitas domiciliares e o recadastramento de toda a população nos proporcionou a oportunidade de conhecer a área e identificar nosso público alvo, escutando suas queixas e sugestões para estabelecer laços com a comunidade. A principal delas foi à reativação do grupo do HIPERDIA, com reuniões regulares, transcrição de receitas vencidas e atividades educativas voltadas para a hipertensão e diabetes.

Ao observar os prontuários, percebeu-se também à falta de regularidade no acompanhamento das consultas, seja com a médica ou com a enfermeira, para renovação de receita e solicitação de exames de rotina, visto que muitos apareciam apenas quando a medicação tinha acabado e solicitavam das ACSs apenas a transcrição. Pode-se notar também,

a dificuldade dos usuários em identificar as medicações que faziam uso, principalmente por parte dos idosos, que quando não sabiam o nome, não sabiam a quantidade ou trocavam os horários para uso. Acontecia principalmente se houvesse troca de laboratório do medicamento distribuído, podendo causar mudança no nome fantasia ou no formato do medicamento, gerando dúvidas que poderiam ser solucionadas com a farmacêutica ou a enfermeira.

Reativar o grupo do HIPERDIA dependia do comprometimento de toda a equipe, visto que, a Secretaria Municipal de Saúde não disponibiliza verba para realização de lanche ou compra de brindes para os usuários frequentadores das reuniões, logo, todas as despesas relacionadas a estes deveriam ser divididas por toda a equipe, o que poderia gerar alguns conflitos. Por outro lado, essas reuniões iriam beneficiar a equipe, por fortalecer o seu trabalho, promover a educação continuada e ofertar sempre informações atualizadas para nossos usuários, com planejamento para ações educativas na comunidade, convocando a população a participar das atividades e estimular a mudança de hábitos coletiva.

### **Seleção dos nós críticos**

Para Faria (2018), o nó crítico de um problema está relacionado à possibilidade de planejamento e enfrentamento dele, através de intervenções. Portanto, descrever as causas mais relevantes do problema é essencial para decidir quais devem ser enfrentados. O Planejamento Estratégico Situacional (PES) se refere ao planejamento da equipe; aos recursos que ela tem controle ou não, mas são cruciais para sua execução; e ao poder de conhecimento para efetivar seus planos.

Diante do problema exposto, foi possível elencar os seguintes pontos para enfrentamento pela equipe de saúde:

- **Vínculo prejudicado entre a equipe de saúde e a comunidade** - atribuído à relação antiga com a outra equipe de saúde, pela resistência na aceitação do fluxo de atendimento e organização do serviço por parte da comunidade;
- **Incapacidade em gerenciar o uso de medicamentos prejudicando a efetividade da terapia medicamentosa** – Neste sentido, para os idosos há uma dificuldade maior na identificação de suas medicações de uso diário, dificuldade esta agravada pela condição de

analfabetismo que impossibilita que façam a correlação e compreensão pelas descrições dos medicamentos;

➤ **Falta de regularidade nas consultas de acompanhamento de HAS e DM** – através da triagem e consultas é possível identificar situações de risco à saúde, tirar dúvidas e monitorar as taxas de importância para a comorbidade apresentada.

Baseados nesses nós críticos foram realizadas reuniões em equipe para planejamento de ações resolutivas para esses problemas e propiciar a melhor assistência para os usuários.

### **Desenho das operações sobre nó crítico**

**Quadro 4** - Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema dos “hipertensos e diabéticos confundirem as medicações devido ao analfabetismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Bernardes Neto, do município de Maceió, estado de Alagoas

<b>Nó crítico 1</b>	<b>Vínculo prejudicado entre a equipe de saúde e a comunidade</b>
<b>Operação</b>	Estabelecer relação com a nova comunidade atendida, para que esta confie na equipe e participe das ações propostas por ela.
<b>Projeto</b>	Saúde descomplicada
<b>Resultados esperados</b>	Vínculo melhorado entre a equipe e a comunidade
<b>Produtos esperados</b>	Criação de laços de confiança entre a equipe de saúde com os usuários; Participação de pelo menos 50% dos usuários convidados para as atividades organizadas pela equipe;

	Formação de grupos com os usuários.
<b>Recursos necessários</b>	<p>Cognitivo: aumento das visitas domiciliares, para apresentação da equipe a comunidade, planejamento das ações educativas e estratégias de acolhimento dos usuários.</p> <p>Financeiro: compra de lanche para as ações educativas, confecção de cartazes e panfletos educativos.</p> <p>Político: pactuação de estratégias com os órgãos competentes equipe de saúde e liderança comunitária.</p>
<b>Viabilidade do plano - recursos críticos</b>	<p>Cognitivo: disposição da equipe de saúde.</p> <p>Político: Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Atenção Básica e liderança comunitária.</p> <p>Financeiro: participação dos comerciantes locais e equipe de saúde.</p>
<b>Controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Reuniões de equipe para: agendamento de visitas domiciliares por área de cada ACS, com toda a equipe de saúde (favorável); levantamento dos maiores problemas encontrados em cada área para priorizar visitas e planejar ações de saúde voltadas para esses usuários (favorável), agendamento de atividades na comunidade aos sábados, para abranger usuários que trabalham durante a semana (contrário).
<b>Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	<p>Enfermeira, Dentista e Agentes Comunitárias de Saúde</p> <p>Início: no primeiro mês de adaptação na nova UBS.</p> <p>Término: 12 meses para avaliação dos resultados.</p>
<b>Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	<p>Ações educativas na comunidade (trimestral);</p> <p>Dia D das atividades mensais sugeridas pela Secretaria de Saúde (de acordo com calendário de saúde);</p> <p>Encerramento das visitas domiciliares em equipe por cada ACS (6 meses);</p> <p>Avaliação das ações desenvolvidas na comunidade, de acordo com as visitas domiciliares (6 meses);</p> <p>Formação de grupos, baseados nas necessidades da comunidade (8 meses);</p> <p>Reavaliação do planejamento anual de visitas e ações (12 meses).</p>

**Quadro 5** - Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema dos “hipertensos e diabéticos confundirem as medicações devido ao analfabetismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Bernardes Neto, do município de Maceió, estado de Alagoas

<b>Nó crítico 2</b>	<b>Incapacidade em gerenciar o uso de medicamentos prejudicando a efetividade da terapia medicamentosa</b>
<b>Operação</b>	Ajudar os idosos que apresentarem dificuldade em identificar os medicamentos que faz uso, na dosagem e horário correto, montando o plano terapêutico com estratégias acessíveis e individualizadas.
<b>Projeto</b>	Saúde além da caixa
<b>Resultados esperados</b>	Capacidade adequada em gerenciar o uso de medicamentos, efetivando a terapia medicamentosa
<b>Produtos esperados</b>	Reunir a equipe de saúde para confecção das caixinhas identificadas por cores diferentes para cada ACS; Melhorar a adesão medicamentos de 85% dos hipertensos e diabéticos; Utilização das caixinhas nas reuniões do grupo, e Apresentação da caixinha na aquisição de medicamentos mensais com a farmacêutica, para reforço das orientações sobre o uso destes.
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: conhecimento da equipe, principalmente das ACSs e técnicas de enfermagem, sobre os medicamentos mais utilizados pelos usuários hipertensos e diabéticos; estratégias de acolhimento da equipe para os usuários que apresentarem dúvidas relacionadas aos medicamentos e receitas, e confecção das caixas identificadas para cada usuário. Financeiro: compra de materiais que identifiquem as caixas por ACS e confecção/impressão de símbolos para diferenciar os horários de uso dos medicamentos. Político: pactuação de estratégias com a Coordenação da Atenção



	Básica, a equipe de saúde e liderança comunitária.
<b>Viabilidade do plano - recursos críticos</b>	<p>Cognitivo: participação de toda a equipe de saúde na confecção das caixas.</p> <p>Político: Secretaria Municipal de Saúde , Coordenação de Atenção Básica e liderança comunitária.</p> <p>Financeiro: participação dos comerciantes locais e equipe de saúde.</p>
<b>Controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Reuniões de equipe para: reconhecimento dos usuários que apresentarem parâmetros de pressão alta e glicemia capilar, observados pelas técnicas em enfermagem durante a triagem (favorável); levantamento de idosos hipertensos e diabéticos por área pelas ACSs (favorável); priorizar visitas de idosos listados pela enfermeira e pela médica, baseados nas dificuldades identificadas nas consultas (favorável), e agendamento de reuniões com idosos hipertensos e diabéticos (contrário).
<b>Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	<p>Enfermeira, ACSs e Farmacêutica</p> <p>9 meses para confecção e distribuição das caixinhas por cada ACS.</p>
<b>Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	<p>Levantamento de idosos hipertenso e diabéticos por área (2 meses);</p> <p>Confecção das caixinhas baseadas na lista das ACSs (2 meses);</p> <p>Recadastramento dos hipertensos e diabéticos no Hiperdia com a enfermeira e entrega da caixinha durante a consulta, com orientação individual ( 3 meses);</p> <p>Início do grupo do Hiperdia (4 meses);</p> <p>Observação da utilização das caixinhas pelas ACS (mensal);</p> <p>Avaliação da praticidade das caixinhas no grupo, por parte dos usuários (mensal/a cada reunião);</p> <p>Avaliação por parte da equipe de saúde, sobre a utilização da caixinha (6 meses), e</p> <p>Reavaliação do projeto (9 meses).</p>

**Quadro 6** - Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema dos “hipertensos e diabéticos confundirem as medicações devido ao analfabetismo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Bernardes Neto, do município de Maceió, estado de Alagoas

	<b>Falta de regularidade as consultas de acompanhamento de HAS e DM</b>
<b>Operação</b>	Orientar sobre a importância da realização de consultas regulares para monitoramento dos parâmetros de pressão arterial e glicemia capilar, adesão medicamentosa e efetividade do tratamento da HAS e DM.
<b>Projeto</b>	Continuidade do cuidado
<b>Resultados esperados</b>	Regularidade das consultas de acompanhamento de HAS e DM
<b>Produtos esperados</b>	Regularização de 90% das consultas médicas e de enfermagem dos pacientes HAS e DM; Atualização das receitas antigas de medicamento; Solicitação de exames laboratoriais para reavaliação de tratamento medicamentoso; Agenda fixa de consultas, com retorno agendado segundo necessidade individual de cada usuário.
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: conscientização da população sobre as consultas médicas e de enfermagem para continuidade do tratamento; conhecimento da equipe sobre a área adscrita. Financeiro: confecção de panfletos/cartazes informativos e custos das ações educativas na comunidade ou na UBS. Político: pactuação de estratégias com a Coordenação da Atenção Básica, a equipe de saúde e liderança comunitária.
<b>Viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: atuação das ACSs no agendamento das consultas e busca ativa aos faltosos; orientação por parte da médica e enfermeira sobre o agendamento do retorno das consultas e orientação da farmacêutica sobre o vencimento das receitas e retorno para aquisição de medicamentos de dispensação mensal. Político: Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação de Atenção

	Básica ;
<b>Controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>	Reuniões de equipe para: levantamento de idosos hipertensos e diabéticos por área pelas ACS (favorável); reconhecimento dos usuários que apresentarem parâmetros de pressão alta e glicemia capilar, observados pelas técnicas em enfermagem durante a triagem (favorável), realização de visitas de busca ativa para idosos faltosos que apresentam dificuldade de locomoção ou déficit cognitivo (favorável).
<b>Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Médica, Enfermeira e Farmacêutica 1 ano

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste trabalho foi possível identificar dados importantes sobre a população idosa, como: o número de idosos por microárea; quantidade de hipertensos e/ou diabéticos; grau de escolaridade; grau de dependência para realização das ABVDs; quais medicamentos estes fazem uso diário ou se realizam a prática da automedicação; sobre a prática de atividades físicas e alimentação saudável; a regularidade de consultas e exames de rotina, viabilizando a construção de um diagnóstico situacional dessa nova área de cobertura, favorecendo, portanto, a construção do planejamento das intervenções necessárias.

Com isso, foram organizadas as agendas de consultas médicas e de enfermagem, que favoreceram o cadastramento dos usuários no HIPERDIA, possibilitou a equipe intervir nas problemáticas apresentadas durante as visitas domiciliares, proporcionou a regularização das receitas de medicamento de uso contínuo e apresentou a equipe a população citada nos nós críticos listados pelas ACSs.

Mediante a contemplação geral do cenário encontrado, oportunizou-se reconhecer a atuação dos ACSs como principal responsável no que tange a materialização do elo Equipe de Saúde X Comunidade no processo saúde-doença. Fortaleceu-se, portanto, os laços de confiança através das visitas domiciliares e desse modo propiciou intervir diretamente numa questão de grande importância para os idosos hipertensos e diabéticos analfabetos do Loteamento Palmar, no bairro do Rio Novo, como o uso correto de medicamentos, efetivando a terapêutica, prevenindo riscos ligados à interação medicamentosa e devolvendo a autonomia sobre seu autocuidado.

## **8. REFERÊNCIAS**

ANJOS, J. A. M. Rio Novo. Maceió, 2004. Disponível em:  
<<http://www.bairrosdemaceio.net/bairros/rio-novo>>. Acesso em: 12 mai 2020.

AIOLFI, C. R. et al. **Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 18, n. 2, p. 397-404, mar/abr 2015. Disponível em:  
<<https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14035>>. Acesso em: 01 mar 2021.

BARROS, Daniela França de et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. 2010. Disponível em: [.https://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a09.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a09.pdf)  
Acesso em: 07 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 46 p. – (Série B. Textos Básico de Saúde). Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_municipio\\_garantindo\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf) . Acesso em: 20 mai 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:  
<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)>. Acesso em: 05 mar 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em:  
<<http://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4OA==>>. Acesso em: 05 mar 2021.

CARVALHO, A. L. M. et al. **Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI)**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, p. 1885-1892, jul 2012. Disponível em:  
<<https://www.scielo.org/article/csc/2012.v17n7/1885-1892/#>>. Acesso em: 04 mar 2021.

COUTINHO, L. S. B.; TOMASI, E. **Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia Saúde da Família**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 24, 2020. Disponível em:  
<<https://doi.org/10.1590/Interface.190578>>. acesso em 02 mar 2021.

DE ARAÚJO, G. K. N. et al. **Caracterização da saúde de idosos cadastrados em uma unidade de saúde da família**. Revista Baiana de Enfermagem, v. 32, 2018. Disponível em:  
<<http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.28041>>. Acesso em: 11 mar 2021.

DE BARROS, Daniela França et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 19, n. 1, p. 78-84, 2010.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte : NESCON / UFMG , 2018. 97p. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/13689>>. Acesso em: 13 mar 2021.

FRANCISCO, W. C. "A população de Alagoas "; *Brasil Escola*. Disponível em: <<https://brasilecola.uol.com.br/brasil/a-populacao-alagoas.htm>>. Acesso em: 14 mai 2020.

FREIRE, I. V. et al. **Mortalidade e acompanhamento do diabetes e da hipertensão na atenção básica de um município do nordeste brasileiro**. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 43, n. 1, p. 9-22, 2019. Disponível em: <<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2623/2603>>. Acesso em: 01 mar 2021.

FREITAS, D. L.; SILVA, J. A. C.; SCALCO, T. **Resultados negativos associados à medicação em idosos hipertensos e diabéticos**. *J. Health NPEPS*, v. 4, n. 2, p. 118-131, jul-dez 2019. Disponível em: <<https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3322/3349>>. Acesso em: 01 mar 2021.

FREITAS, A. F. S. C. et al. **Utilização de medicamentos por hipertensos e/ou diabéticos cadastrados em uma Estratégia Saúde da Família**. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, p. 57-64, jan/dez 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7427>>. Acesso em: 05 mar 2021.

GARCIA, A. L. F. et al. **Automedicação e adesão ao tratamento medicamentoso: avaliação dos participantes do programa Universidade do Envelhecer**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia Online*, v. 21, n. 6, p. 691-700, nov/dez 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180106>>. Acesso em: 04 mar 2021.

LIMA, M. Governo entrega UPA Tabuleiro neste sábado (14) e amplia serviços de saúde em Alagoas. **Agência Alagoas** – Governo do Estado de Alagoas, 13 Dezembro 2019. Disponível em: <<http://www.agenciaalagoas.al.gov.br/noticia/item/31849-governo-entrega-upa-tabuleiro-neste-sabado-14-e-amplia-servicos-de-saude-em-alagoas>>. Acesso em: 16 jun 2020.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento. Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021. SMS/DGPS/CGP. Maceió. 2017. Disponível em: <<http://www.maceio.al.gov.br/wp->

content/uploads/2018/10/pdf/2018/10/PLANO-MUNICIPAL-ATUALIZADO-EM-18-09-20181.pdf>. Acesso em: 23 mai 2020.

MOREIRA, R. P. et al. **Educação em saúde no domicílio de idosos hipertensos e/ou diabéticos**. Revista Enfermagem UFPE Online, v. 14, p. 1-8, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.245034>>. Acesso em 04 mar 2021.

OLIVEIRA, J. H.; SOUZA, M. R.; MORAIS NETO, O. L. **Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo, 2012 e 2014**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, p. e2020121, nov 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500016>> . Acesso em: 10 mar 2021.

PEREIRA, X. B. F. et al. **Prevalência e fatores associados ao déficit cognitivo em idosos na comunidade**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia Online, v. 23, n. 2, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200012>>. Acesso em 02 mar 2021.

PIEIDADE, F. L.; DOS SANTOS, P. A.; HADDAD, J. G. V. **Os significados acerca da Estratégia Saúde da Família para uma comunidade**. Nursing (São Paulo), v. 24, n. 273, p. 5219-5228, fev 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i273p5219-5228>>. Acesso em mar 2021.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>>. Acesso em: 02 mar 2021.

RÊGO, A. S. et al. **Acessibilidade ao tratamento da hipertensão arterial na estratégia saúde da família**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 39, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180037>>. Acesso em: 10 mar 2021.

REVISTA SAÚDE PÚBLICA. v. 34, n. 3, p. 316-9, São Paulo; 2000 Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Programa Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Políticas de Saúde. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000300018>>. Acesso em: 05 mar 2021.

SILVA, A. K. C.; DE REZENDE, A. A. A.; CALÁBRIA, L. K. **Fatores de risco e hábitos de vida de idosos hipertensos e diabéticos no município de Ituiutaba-MG**. Revista de Medicina e Saúde de Brasília, v. 8, n. 3, p. 285-292 2019. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/8979>>. Acesso em: 12 mar 2021.

SILVA, L. M. et al. **Treatment adherence and frailty syndrome in hypertensive older adults**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 54, 2020. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018048903590>>. Acesso em 04 mar 2021.

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes/Nerícia Regina de Carvalho Oliveira (Org.). - São Luís, 2015. 42f.: il. Disponível em:

<[http://repcursos.unasus.ufma.br/rede\\_atencao/modulo1/und1/media/pdf/livro.pdf](http://repcursos.unasus.ufma.br/rede_atencao/modulo1/und1/media/pdf/livro.pdf)>. Acesso em: 20 mai 2020.

## 9. APÊNDICE



**APENDICE A – MODELO DE CAIXA CONFECCIONADA PELA EQUIPE DE ESF JOSÉ BERNARDES NETO PARA USO DOS IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ANALFABETOS DO LOTAMENTO PALMAR – RIO NOVO/AL**



Fonte: Arquivo pessoal