

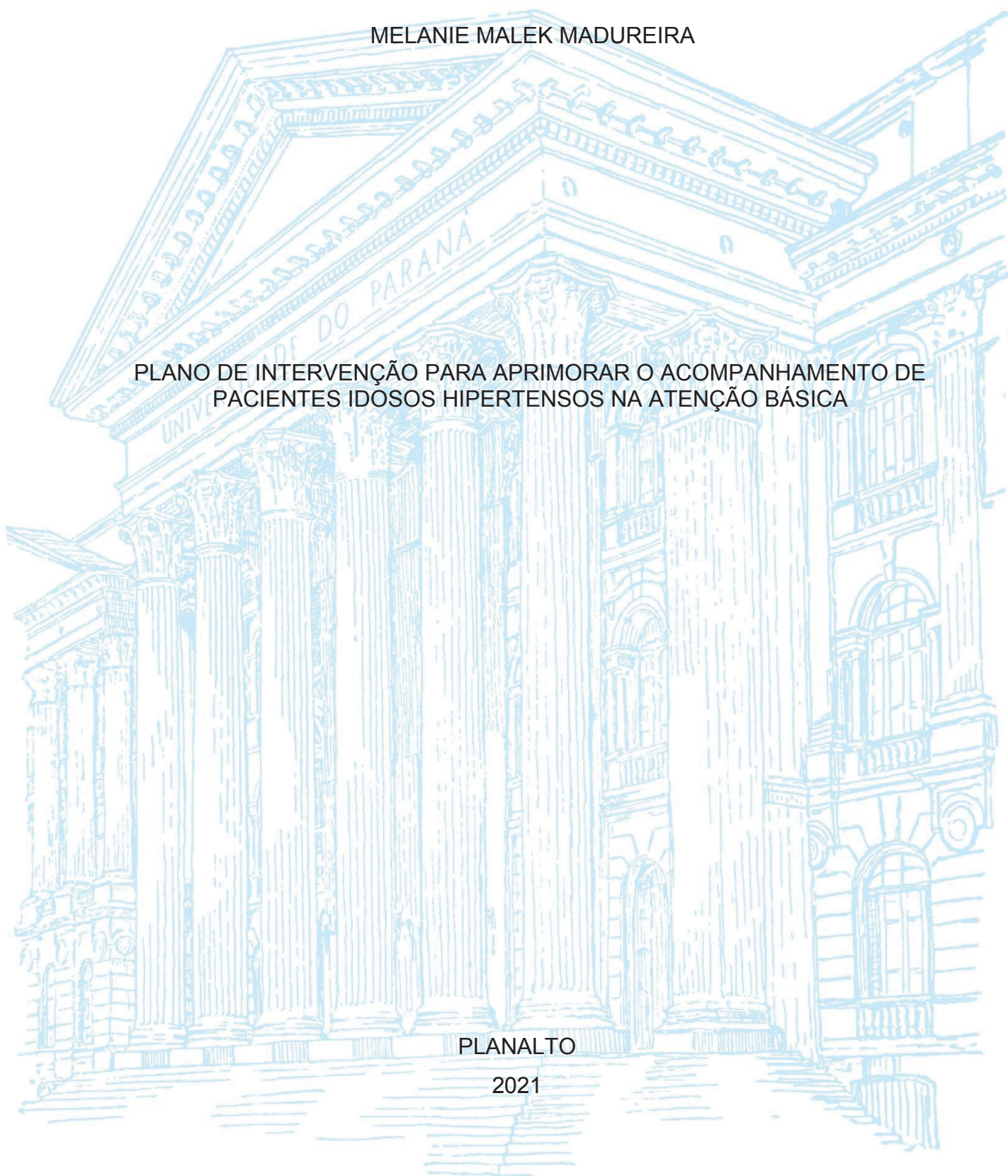
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MELANIE MALEK MADUREIRA

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA APRIMORAR O ACOMPANHAMENTO DE
PACIENTES IDOSOS HIPERTENSOS NA ATENÇÃO BÁSICA

PLANALTO

2021



MELANIE MALEK MADUREIRA

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA APRIMORAR O ACOMPANHAMENTO DE
PACIENTES IDÓSOS HIPERTENSOS NA ATENÇÃO BÁSICA

TCC apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Prof(a). Ma Lara Cubis de Lima

PLANALTO

2021

A ficha catalográfica é obrigatória para as teses (doutorado e livre docência) e as dissertações (mestrado) defendidas na UFPR, sendo oferecida gratuitamente nas bibliotecas do SiBi/UFPR.

Em obras impressas, a ficha catalográfica deve constar no verso da folha de rosto. Em obras digitais, a ficha deve constar na página após a página de rosto.

Entre em contato com a biblioteca do seu curso para solicitar a ficha catalográfica para sua tese ou dissertação: <http://www.portal.ufpr.br/contato.html>

Caso o autor tenha interesse em divulgar os dados científicos utilizados para a elaboração da sua Dissertação ou Tese, deve acessar a Base de Dados Científicos da Universidade Federal do Paraná (BDC/UFPR), e solicitar a inclusão do endereço (DOI) na Ficha Catalográfica do seu trabalho.

A presença da ficha catalográfica não significa que o trabalho está normalizado. Os bibliotecários que elaboram as fichas catalográficas não são responsáveis por verificar a normalização da tese/dissertação, uma vez que a normalização é de responsabilidade do autor do trabalho. As bibliotecas do SiBi/UFPR oferecem orientação sobre a normalização de trabalhos. Se necessário, consulte a biblioteca do seu curso para obter informações sobre essa orientação.

Em cumprimento à Resolução n. 184, de 29 de setembro de 2017, do Conselho Federal de Biblioteconomia (CFB), a ficha catalográfica deve estar acompanhada do nome e do número de registro profissional do bibliotecário que a elaborou. Portanto, **solicitamos que as informações da ficha não sejam alteradas, inclusive as palavras-chave, que estão padronizados no Sistema de Bibliotecas da UFPR.** Se necessitar de qualquer alteração na ficha, por favor, solicite-a ao bibliotecário.

Outras informações: http://www.portal.ufpr.br/ficha_catalog.html

Mantenha essa página em branco para inclusão da ficha catalográfica após a conclusão do trabalho.

TERMO DE APROVAÇÃO

MELANIE MALEK MADUREIRA

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA APRIMORAR O ACOMPANHAMENTO DE
PACIENTES IDOSOS HIPERTENSOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Tese/Dissertação/Monografia/TCC apresentada ao curso de Pós-
Graduação em____, Setor de_____, Universidade Federal do Paraná,
como requisito parcial à obtenção do título de
Doutor/Mestre/Especialista/Bacharel em
_____.

Prof(a). Dr(a)./Msc. _____

Orientador(a) – Departamento_____, INSTITUIÇÃO

Prof(a). Dr(a)./Msc. _____

Departamento_____, INSTITUIÇÃO

Prof(a). Dr(a)./Msc. _____

Departamento_____, INSTITUIÇÃO

Cidade, ___ de _____ de 201__.

**Mantenha essa página em branco para inclusão do termo/folha de
aprovação assinado e digitalizado.**

Dedico este trabalho de especialização a Deus, Dele vem minha força e motivação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família e também aos meus pais (in memoriam) que sempre me incentivaram a ser melhor e sempre acreditar que ainda posso melhorar. Apesar do ano difícil, por estar no enfrentamento ao Covid e ver tantos sucumbirem a esta pandemia, Deus me permitiu viver e vencer mais esta etapa. Aos meus pacientes dedico cada aprendizado e a eterna vontade de ser e fazer sempre o melhor.

“É mais importante conhecer a pessoa que tem a doença
do que a doença que a pessoa tem.”

Hipócrates

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo a elaboração de um plano de intervenção que venha contemplar ações que buscam melhorar o controle do tratamento de idosos com Hipertensão, usuários da Unidade Básica de Saúde do Setor 4 da cidade de Planalto/PR. A Hipertensão Arterial Sistêmica é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Tem sido objeto de estudos e pesquisas por todo o mundo. É um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. O desenvolvimento de ações e estratégias para a implementação de medidas preventivas e de promoção à saúde, controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e suas complicações são diretrizes fundamentais para a qualidade do trabalho oferecido pelas mais diversas Secretarias de Saúde. Para a elaboração deste plano de intervenção optou-se pelo método de pesquisa-ação. Através da vivência no Setor 4 e com a realização de uma pesquisa de campo foi observado o problema prioritário e através deste a elaboração do objetivo de possibilitar uma intervenção mais efetiva junto ao grupo de idosos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, usuários da Unidade Básica de Saúde do Setor 4, assim como melhorar a relação deste grupo com as pessoas que o assistem, apoiar os tratamentos já oferecidos pela unidade de saúde objetivando assim obter melhor participação e melhores resultados em relação a diminuição na utilização dos serviços de urgência e emergência por este grupo.. Foi realizada a revisão literária e, através destes conhecimentos a observação e elaboração das ações necessárias ao plano. Porém o plano de intervenção não foi posto em prática, uma vez que a pandemia que estamos vivendo impossibilitou sua implementação, ficando assim apenas no campo teórico. O plano de intervenção apresentado busca propiciar uma nova concepção didático-pedagógica para os profissionais da equipe e os usuários da UBS do Setor 4, fortalecendo as ações de saúde e favorecendo a relação de confiança, necessária para um trabalho de qualidade.

Palavras-chave: Hipertensão, Saúde Pública, Doenças Cardiovasculares, Plano de Intervenção

ABSTRACT

This work aims to develop an intervention plan that will include actions that seek to improve the control of the treatment of elderly people with Hypertension, users of the Basic Health Unit of Sector 4 in the city of Planalto / PR. Systemic Arterial Hypertension is a serious public health problem in Brazil and worldwide. It has been the subject of studies and research all over the world. It is an important risk factor for the development of cardiovascular and cerebrovascular diseases. The development of actions and strategies for the implementation of preventive and health promotion measures, control of Systemic Arterial Hypertension and its complications are fundamental guidelines for the quality of the work offered by the most diverse Health Departments. For the elaboration of this intervention's plan, by the action research method. Through the experience in Sector 4 and with the realization of a field research, the priority problem was observed and through this the elaboration of the objective of enabling a more effective intervention with the group of elderly people with Systemic Arterial Hypertension, users of the Basic Health Unit of Sector 4, as well as improving the relationship of this group with the people who assist it, supporting the treatments already offered by the health unit aiming to obtain better participation and better results in relation to the decrease in the use of urgent and emergency services by this group .. Literary review was carried out and, through this knowledge, the observation and elaboration of the necessary actions to the plan. However, the intervention plan was not put into practice, since the pandemic we are living in made it impossible to implement, thus remaining only in the theoretical field. The presented intervention plan seeks to provide a new didactic-pedagogical conception for the professionals of the team and the users of the BHU in Sector 4, strengthening health actions and favoring the relationship of trust, necessary for quality work.

Keywords: Hypertension, Public Health, Cardiovascular Diseases, Intervention Plan

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – RAZÃO DE TAXA DE INCIDÊNCIA EM RELAÇÃO A IDADE/REGIÃO.....	32
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – FUNCIONÁRIOS DA UBS DO SETOR 4. PLANALTO, PR.....	22
QUADRO 2– BAIXO NÍVEL DE INSTRUÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA	25
QUADRO 3 – ANALFABETISMO DIGITAL.....	25
QUADRO 4 – ALTO ÍNDICE DE SEDENTARISMO ENTRE OS IDOSOS	25
QUADRO 5 – DESMOTIVAÇÃO	26

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACS	- Agente Comunitária de Saúde.
DATASUS	- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCV	- Doença Cardiovascular
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF-AB	- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
ONU	- Organização das Nações Unidas
PES	- Planejamento Estratégico Situacional
SBC	- Sociedade Brasileira de Cardiologia
SUS	- Sistema Único de Saúde
TI	- Tecnologia da Informação
UBS	- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	15
1.2 DIAGNÓSTICO DO PÚBLICO-ALVO.....	16
1.3 JUSTIFICATIVA.....	18
1.4 OBJETIVOS.....	18
1.4.1 Objetivo Geral	18
1.4.2 Objetivos Específicos	18
2. METODOLOGIA	22
2.1 Implementação	22
2.2 Situações dificultadoras	23
2.3 Etapas de Implementação.....	26
3. REVISÃO DA LITERATURA	29
3.1 A HIPERTENÇÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	29
3.2 A HAS E OS IDOSOS	30
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	32
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO	37

1. INTRODUÇÃO

Durante o curso foi possível observar muitos dos diagnósticos relacionados às diversas realidades de trabalho no município em que atuamos. No entanto uma destas realidades chamou-nos a atenção, despertando-nos o interesse em possibilitar uma situação onde fosse possível intervir em busca de melhorias no atendimento e na relação com os idosos que apresentam o quadro de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e por diversos motivos encontram dificuldades em efetivamente cumprir ou dar continuidade aos tratamentos oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município.

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), o processo de envelhecimento é um fenômeno nos países desenvolvidos que se tem consolidado nos países em desenvolvimento e que naqueles são consideradas pessoas idosas aquelas com idade superior a 65 anos e, em países em desenvolvimento aquelas com idade superior a 60 anos (QUINTANA et al., 2014, p.145).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o Brasil tem mais de 28 milhões de pessoas com mais de 60 anos, número que representa 13% da população do país, ou seja, um grande número de pessoas que demandam cuidados específicos nas UBS. Mesmo estes números sendo representativos o que chama a atenção é que de acordo com o mesmo órgão esse percentual tende a dobrar nas próximas décadas.

Este aumento da população idosa, de forma acelerada e progressiva, tem se tornado realidade por diversos motivos, mas sejam eles de saúde, econômico ou por estilo de vida, cabe aos profissionais da saúde estarem capacitados para atender as especificidades desta etapa da vida, melhorando a assistência prestada.

Em busca desta melhor assistência prestada é possível observar algumas lacunas que, com estratégias corretas, podem ser preenchidas, possibilitando um atendimento ao idoso mais efetivo em suas especificidades e mais humanizado.

De acordo com as Diretrizes Para o Cuidado das Pessoas Idosas no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014, p.19):

A atenção deve ser baseada nas necessidades da população, centrada no indivíduo, considerando sua integração na família e na comunidade, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença. A especificidade e

a heterogeneidade nos processos de envelhecer devem ser consideradas, a partir dos determinantes sociais da saúde, nos seus mais diferentes aspectos, considerando ainda as diferenças de gênero e raça, buscando a equidade e resolutividade do cuidado a ser ofertado.

Sendo assim a opção por este viés de excelência no atendimento aos idosos para realização deste projeto vem de encontro a este olhar que embasou as Diretrizes Para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS (BRASIL,2014, p.46) cumprindo com a indicação de uma “atenção... baseada nas necessidades da população, centrada no indivíduo...”, buscando oferecer aos idosos portadores de HAS residentes em Planalto esta excelência.

Muito se tem feito por um atendimento básico de saúde com qualidade, em diversas esferas da saúde no Brasil e estudos como o de Verase Lourenço (2019), ou Teixeira (2010), que muito têm colaborado para o avanço em busca de atendimento humano e de qualidade, assim como as “Diretrizes para o cuidado das Pessoas Idosas no SUS: proposta de Modelo de atenção integral” disponibilizada pelo Ministério da Saúde(BRASIL,2014)ou a “VII Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial” (MALACHIAS et al., 2016) publicada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), na Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia; todos fundamentais e inspiradores na construção deste Plano de Intervenção.

1.1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Planalto tem suas origens históricas ligadas ao extrativismo de madeira. O município começou a ser efetivamente ocupado a partir da década de 40, por colonos gaúchos e catarinenses, que reproduziam nas novas terras sua agricultura mercantilizada, com base na pequena produção familiar.

A cidade foi fundada por colonos de etnias diferentes, principalmente alemães e italianos, que, no início, se dedicaram ao plantio de subsistência e à criação de suínos e galinhas.

Atualmente, de acordo com dados estimados e publicados no site do IBGE (IBGE, 2013), a cidade conta com uma população 13.431 pessoas, com uma densidade de 39,49 hab/km², ou seja, uma cidade com baixa densidade demográfica do interior da Região Sudoeste do Paraná.

O nome da localidade é de origem geográfica, em referência à topografia

onde está assentada a sede municipal, um planalto. O povoado de Planalto foi elevado à categoria de Distrito Administrativo em 09 de abril de 1962.

É um município voltado para a agricultura pelas fortes influências do modo de produzir dos colonos gaúchos e catarinenses, que sempre priorizaram a pequena produção familiar, mesmo que diversificada.

De acordo com o Plano Diretor Municipal (LAHSA, 2017, p. 16) os níveis de fecundidade de Planalto estão muito próximos àqueles observados para o Paraná e o índice de expectativa de vida ao nascer, no início dos anos 90, era superior ao do conjunto do estado; e o índice de crescimento no número de idosos, 19,7%, está atualmente acima da média estadual de 16%.

1.2. DIAGNÓSTICO DO PÚBLICO-ALVO

Para realização deste diagnóstico foi necessário realizar uma entrevista com a representante da Secretaria de Saúde do município, a funcionária Lúcia Matos, que disponibilizou dados relevantes do atendimento no município.

De acordo com os dados disponibilizados pela Secretaria de Saúde o município conta com seis UBS distribuídas pelos distritos, para melhor atender o usuário. Ainda de acordo com informações disponibilizadas pela mesma Secretaria, o maior número de consultas realizadas no município se relaciona a assuntos que dizem respeito à HAS. Assim como as internações em sua maior parte estão ligadas às complicações da hipertensão. O mesmo acontece em relação ao número de óbitos deste município.

Das seis UBS do município duas ficam dentro da área urbana e quatro estão em localidades rurais. Estas UBS são nomeadas de acordo com o setor de geolocalização onde estão e são assim denominadas: UBS do Setor 1, UBS do Setor 2, UBS do Setor 3, UBS do Setor 4, UBS do Setor 5 e UBS do Setor 6. Sendo nossa área de atuação a UBS do Setor 4.

Há um grande número de hipertensos no município, compondo um total de 1920, além de 345 diabéticos. O município é contemplado pelo programa Hiperdia, pelo qual é feito o acompanhamento dos pacientes, brindados com atendimento especial, com fornecimento de medicamentos de modo contínuo, além do monitoramento das condições clínicas de cada usuário, tanto em doenças crônicas como nas infecciosas, no entanto não existe um dia específico para atendimento ao

paciente com HAS ou diabetes. Desta forma o presente Plano de Intervenção vem complementar esta etapa do atendimento Hipertensão.

A UBS do Setor 4 tem um total de 364 pacientes idosos, com idade entre 60 a 102 anos, cadastrados; destes 221 são diagnosticados com HAS, ou seja 60,7% dos idosos cadastrados na UBS do Setor 4 têm HAS.

As cinco queixas mais comuns da população idosa que procura a UBS do Setor 4 são, em ordem decrescente, a de dores em alguma parte do corpo; crise hipertensiva, problemas que envolvem o sobrepeso; descompensação de diabetes ou a troca de receita devido a uso de medicação controlada. A equipe da UBS do Setor 4 tem trinta atendimentos diários, sendo em média oito na demanda agendada, para clínico e, os outros para a demanda espontânea. Deste total diário, em torno de 40% deles são pacientes com HAS, uma média de 12 por dia.

Observando a mesma fonte, e o nosso trabalho diário, a HAS é a doença crônica prevalente no município de Planalto.

Segundo Matos (2020):

...aqui, em Planalto, temos muitos casos de complicações dos usuários com HAS, pela falta de adesão ao tratamento. As maiores complicações são com pacientes idosos e os sem suporte familiar, pois têm dificuldade do uso correto dos medicamentos por não terem interesse e não saberem a gravidade de ficarem sem os mesmos. Também por falta de disciplina no uso, por misturarem várias receitas de vários profissionais, por esquecerem-se de pegar medicação no tempo certo, por não terem disciplina na alimentação e nos exercícios que ajudam no controle da hipertensão... (Informação verbal)

Esta realidade não se restringe a Planalto, segundo dados da VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (MALACHIAS et al., 2016, p. 72) a HAS é a doença crônica não transmissível mais predominante entre os idosos. De acordo com a publicação, em 2016 o Brasil tinha 36 milhões de indivíduos adultos com HAS e mais de 60% dos idosos. E, ainda de acordo com este documento a HAS contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV), salientando ainda que esta doença tem impacto elevado na perda da produtividade do indivíduo e afetando, desta forma, a renda e o bem-estar familiar.

Matos (2020)¹ diz ainda que em Planalto existe um alto índice de internações por infarto agudo do miocárdio (IAM), trombooses, acidentes vasculares cerebrais,

¹Secretária Municipal de Saúde

picos hipertensivos, entre outros relacionados a complicações da instabilidade da pressão arterial. Deixando evidente o quanto a HAS afeta os cidadãos de Planalto.

De acordo com os dados fornecidos, das 13.431 pessoas habitantes de Planalto 364 são usuários da UBS do Setor 4 e estão inscritos como pertencentes à faixa etária entre 60 a 102 anos, deste total 221 são usuários com HAS, um percentual de 60,7% do total de inscritos.

O SUS na cidade de Planalto já trabalha tendo os idosos como prioridade, oferecendo a eles atendimento humanizado, de qualidade e rápido. No entanto entende-se que, pela dificuldade que os idosos demonstram ter em permanecer no tratamento e pela ocorrência de um número elevado não só de consultas, mas também de internações destes pacientes, uma lacuna precisa ser preenchida na relação entre a Atenção Básica de Saúde e os idosos hipertensos.

Desta forma o presente projeto buscará colaborar com a Secretaria de Saúde na organização dos eventos relacionados ao grupo de 221 pessoas diagnosticadas com HAS no Setor 4.

1.3. JUSTIFICATIVA

A escolha do tema aconteceu como reflexo da realidade em que estamos inseridos. E justifica-se por ser um problema tão fortemente presente em nossa rotina de trabalho. Quando nos deparamos com realidades tão frustrantes percebemos que as mesmas exigem soluções. Desta forma, pela expressividade dos casos de idosos portadores de HAS e as consequências relacionadas à doença torna-se imprescindível uma intervenção em busca de melhorias para o quadro que se apresenta. Caso o desenvolvimento do projeto seja positivo e venha melhorar a adesão ao tratamento, por esta parcela da população, diminuir-se-á muitos casos de internações e óbitos. Melhorando assim a realidade dos cidadãos usuários do SUS em Planalto.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo geral

Realizar, junto aos usuários da UBS Setor 4, que sejam idosos e com

diagnóstico de HAS, um questionário que objetiva a coleta de dados referentes ao vínculo dos mesmos junto aos serviços de urgência e emergência na cidade de Planalto, para com estes dados desenvolver o plano de intervenção.

1.4.2. Objetivos específicos

- Melhorar a relação deste grupo com as pessoas que o assistem, gerando maior confiabilidade nos tratamentos propostos;
- Ampliar o acompanhamento de pacientes idosos com a reserva para marcação de quatro consultas por dia para este público específico;
- Estender o acompanhamento de pacientes idosos com HAS através de consultas e visitas domiciliares periódicas;
- Diminuir as internações, dos pacientes deste grupo, por complicações da HAS;
- Diminuir as visitas dos pacientes deste grupo aos serviços de emergência.

2. METODOLOGIA

Para a construção deste Plano de Intervenção optou-se pelo método de pesquisa-ação por atender a realidades diversas que se apresentavam diante da construção do Plano. Como é sabido por todos o Brasil e o mundo precisaram se adaptar, em diversos aspectos, para conviver da melhor forma possível frente a pandemia de Covid-19.

Desta forma muitos itens para o desenvolvimento do Plano de Intervenção precisaram ser modificados e reestruturados para se enquadrarem frente à nova realidade vivida por todos.

Entre as dificuldades encontradas para a elaboração deste plano de intervenção destaca-se a falta de informações. Também pelas dificuldades impostas pela pandemia do Covid-19, por limitar o acesso a locais públicos ou por direcionar a grande maioria dos funcionários para o atendimento ao público atingido pelo Covid-19, dificultando o trabalho de outros agentes.

Além das dificuldades próprias do momento, nos deparamos com as dificuldades burocráticas e políticas que nos impediram de ter acesso a questões fundamentais à formulação do plano de intervenção. Não conseguimos, por exemplo, dados estatísticos sobre os usuários da UBS do Setor 4 em relação a idas a postos de Urgência e Emergência, ou de usuários que faleceram devido a complicações decorrentes da HAS, do não uso de remédios ou por não participarem corretamente dos tratamentos oferecidos pela UBS.

Esta ausência de material oficial, tivemos apenas uma entrevista por telefone, com a secretária de saúde, daquele momento; levou-nos a entender a importância da construção dessas informações. Sendo assim optou-se pela construção de um questionário, a ser realizado com os usuários alvos deste plano de intervenção. O questionário será uma ferramenta para se construir tanto os dados anteriores ao início do plano, quanto os dados comparativos para analisar a eficiência das ações propositivas durante o plano de intervenção. Observemos assim as etapas a serem desenvolvidas:

Etapas a se desenvolver:

- Primeira etapa: definição do problema prioritário da área de abrangência, da UBS do Setor 4, com a utilização do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

De acordo com este método após a definição do problema prioritário elaborou-se o plano de ação que visa apoiar os tratamentos de HAS já oferecidos pela unidade de saúde e obter melhor participação dos idosos, objetivando melhores resultados em relação à diminuição na utilização dos serviços de urgência e emergência por este grupo.

A opção por uma abordagem descritiva e transversal tornou-se assim uma necessidade. De acordo com Gil (1999, p. 45), a pesquisa descritiva objetiva descrever as características de determinada população ou fenômeno, no caso a realidade dos idosos portadores de HAS moradores de Planalto usuários da UBS do Setor 4. Enquanto uma abordagem transversal tem como objetivo procurar, rapidamente, associações comuns entre fatores, o que a torna necessária para a criação de métodos de diagnóstico rápido, das situações estudadas.

- Segunda etapa: De acordo com Marconi e Lakatos (1996, p.33) “[...] uma pesquisa de campo consiste em investigação empírica, com o objetivo de conferir hipóteses, delineamento de um problema, análise de um fato, avaliação de programa e isolamento de variáveis principais”.

1) Elaboração de indicadores de avaliação das marcações de consultas semanais, assim estabelecidos:

Bom = mais que 12 consultas semanais;

Regular = de 8 a 12 consultas semanais;

Ruim = menos de 8 consultas semanais.

2) Elaboração de indicadores comparativos trimestrais, em relação a realidade obtida junto às respostas dos questionários:

Bom = diminuição em 30% nas internações e consultas nos serviços de urgência e emergência;

Regular = diminuição em 20% nas internações e consultas nos serviços de urgência e emergência;

Ruim = diminuição em 10% nas internações e consultas nos serviços de urgência e emergência.

Da mesma forma a pesquisa bibliográfica em livros e artigos divulgados de

autores relevantes ao contexto analisado, assim como documentos do Ministério da Saúde para fundamentação teórica do plano e material dispensado no decorrer do curso.

2.1. Implementação

O município de Planalto participa da Política Nacional do Idoso tendo-a contemplada no Plano Municipal de Saúde. No entanto o que foi observado é que apesar dos esforços para a realização de um atendimento de qualidade, os idosos com HAS continuam sendo internados e procurando as UBS por complicações advindas da falta de continuidade nos tratamentos aos quais são introduzidos.

Além disto, existe uma dificuldade em organizar o dia-a-dia do usuário, uma vez que ele muitas vezes vai a médicos diferentes e recebe receitas e indicações diferentes em seu atendimento.

A UBS do Setor 4 é formado pelos seguintes perfis profissionais:

QUADRO 1- FUNCIONÁRIOS DA UBS DO SETOR 4. PLANALTO, PR.

QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DA UBS DO SETOR 4- PLANALTO – P.R.		
QUANTIDADE	PROFISSIONAL	FORMAÇÃO
1	Médica	Clínica / Médica do trabalho
1	Dentista	
1	Auxiliar de Dentista	Técnica em Auxiliar de Dentista
1	Enfermeira	
1	Auxiliar de Enfermagem	Técnica em Enfermagem
4	ACS - Agente Comunitária de Saúde.	Ensino Médio Completo
1	Recepcionista	Ensino Médio Completo

Fonte: A autora (2020).

A UBS do Setor 4 funciona de 07h30min às 17h00min horas, e além dos funcionários fixos existem profissionais que atendem de forma centralizada no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), dando suporte às UBS. O NASF- AB conta com psicóloga, psicoterapeuta, nutricionista, educador físico e fisioterapeuta.

No dia-a-dia a equipe se ocupa quase que exclusivamente com as atividades de atendimento à demanda espontânea (maior parte), puericultura, “preventivo” de câncer de colo uterino, atendimento individual a hipertensos e diabéticos e acompanhamento.

O atendimento e acompanhamento de doenças crônicas são feitos

rigorosamente pelo médico; as principais doenças crônicas em frequência na unidade de saúde, como já mencionado, são hipertensão, diabetes e asma, manejadas devidamente pelo médico da unidade e em último caso encaminhadas para especialistas.

Apesar dos usuários serem cadastrados e fazerem parte de uma determinada UBS fica evidente a má aderência dos idosos hipertensos ao tratamento oferecido, optando por buscar o atendimento em situações de Urgência e Emergência.

Durante o diagnóstico situacional foi observado a presença de alguns nós críticos que serão abordados durante o desenvolvimento do Plano de Intervenção. Entre eles a necessidade de buscar mudanças de hábitos de vida; complementação do nível de informação dos hipertensos acerca de sua doença; acompanhamento pelos agentes comunitários de saúde do uso da medicação dos usuários; capacitação dos profissionais para abordar o paciente.

A seguir serão apresentadas as etapas de implementação de acordo com os nós críticos identificados.

2.2. Situações dificultadoras para uma intervenção mais efetiva junto ao grupo de idosos portadores de HAS

Para a elaboração do Projeto de intervenção foram estabelecidas diversas conversas informais com o grupo de funcionários da UBS do Setor 4 em busca da construção de um diagnóstico dos fatores que mais afetam de forma prejudicial o acompanhamento e o engajamento dos idosos portadores de HAS em tratamentos oferecidos pelo setor. Depois de algumas conversas e uma reunião decidiu-se concentrá-los e focar nossas possibilidades de trabalho em quatro deles, que ficaram assim resumidos:

1º - Baixo nível de instrução/escolaridade da população idosa;

2º - Não dominar as ferramentas digitais que podem colaborar com aspectos da manutenção e cuidados com a saúde;

3º - Hábitos e estilos de vida inadequados e,

4º-Tristeza, isolamento e baixa autoestima.

Após analisar os pontos dificultadores para a implementação deste Projeto foi possível relacioná-los com os objetivos estabelecidos anteriormente. Desta forma é possível observar que o 1º dificultador (baixo nível de instrução/escolaridade da

população idosa) precisa ser superado para melhorar a relação deste grupo com as pessoas que o assistem, possibilitando a geração de maior confiabilidade nos tratamentos propostos. Um linguajar simples, que possibilite um diálogo horizontal com nossos pacientes possibilitará uma maior aproximação, eles se sentirão mais acolhidos e conseqüentemente mais compreendidos em suas queixas.

Outro objetivo estabelecido foi o de ampliar o acompanhamento de pacientes idosos com HAS através de consultas e visitas domiciliares periódicas, o 2º dificultador (não dominar as ferramentas digitais que podem colaborar com aspectos da manutenção e cuidados com a saúde) está ligado a concretização deste objetivo uma vez que dominando as ferramentas digitais propostas no Projeto de intervenção, o acompanhamento e o monitoramento seria ampliado. De acordo com o site cucohealth.com a utilização do aplicativo Dr. Cuco *gera uma adesão de 75% dos pacientes* (CUCO HEALTH, 2019, não p.). Este percentual elevaria a taxa adesão ao tratamento dos usuários da UBS do Setor 4 em até 15%, uma vez que de acordo com Matos (2020) *menos de 60% dos pacientes aderem efetivamente aos tratamentos oferecidos*.

Aumentar o índice de monitoramento afeta diretamente a concretização do terceiro objetivo estabelecido que é a diminuição das internações, dos pacientes deste grupo, por complicações da HAS, que monitorados de forma mais intensa terão mais incentivos para superarem o 3º dificultador (hábitos e estilos de vida inadequados). Entende-se que o 4º dificultador esta intrinsecamente ligado ao 3º, de acordo com Bazello et al. (2016, p. 193) sobre uma pesquisa realizada com idosos que praticavam atividades físicas é possível concluir que os resultados referem que os participantes mais ativos relataram maior autoestima global e melhor autoavaliação. Sendo assim a implementação das etapas que superam o 3º e 4º dificultador vem de encontro a concretização de nosso terceiro objetivo.

Em relação ao quarto e quinto objetivo específico, sobre a diminuição das visitas dos pacientes deste grupo aos serviços de emergência e, a diminuição dos óbitos por complicações da hipertensão arterial sistêmica, entendemos que este são conseqüências dos três primeiros, uma vez que com os resultados obtidos na melhor qualidade da relação existente entre equipe e pacientes; o monitoramento e acompanhamento dos mesmos, assim como o envolvimento desses em atividades físicas, possibilitará, a longo prazo identificar e quantificar estes índices.

Assim, após o diagnóstico foram elaborados os tópicos com as medidas

necessárias para que estes dificultadores fossem superados. São eles:

QUADRO 2- BAIXO NÍVEL DE INSTRUÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA

Nó crítico	- Baixo nível de instrução/escolaridade da população idosa.
Projeto	-Disponibilizar informações de maneira mais prática e de fácil entendimento para uso correto da medicação anti-hipertensiva. Uso correto da medicação pela população alvo.
Resultados esperados	
Envolvidos	Profissionais da UBS
Recursos necessários	Para este fim utilizaremos recursos didáticos, faz-se necessário a distinção por cores entre os diversos papéis que o doente leva para casa após consulta médica: Receituário branco será receita medicamentosa e receituário azul serão os pedidos de exames. Carimbos lúdicos com representações de sol, prato e lua para relacionar ao horário aproximado de cada medicação.
Responsáveis	Médica, Enfermeira, ACS
Prazo	1 Ano

Fonte: A autora (2020).

QUADRO 3 –ANALFABETISMO DIGITAL

Nó crítico	- Não dominar as ferramentas digitais que podem colaborar com aspectos da manutenção e cuidados com a saúde
Projeto	- Capacitar os idosos a utilizarem seus aparelhos celulares como instrumento no auxílio da manutenção da saúde.
Resultados esperados	Praticidade no acompanhamento do uso de medicamentos e da participação nos eventos propostos.
Envolvidos	Profissionais da UBS e Profissionais da área de Técnico de Informática (TI) de outro setor e do funcionalismo municipal.
Recursos necessários	Para este fim será necessário articular com outros setores do funcionalismo municipal, para que os idosos tenham oficinas que possuam aplicativo “Dr. Cuco” instalado em seus telefones e também tenham aulas sobre como utilizar o aplicativo de forma mais fácil e produtiva, as ACS também deverão ser capacitadas a fim de conseguirem acompanhar os idosos através do aplicativo.
Responsáveis	ACS
Prazo	1 Ano

Fonte: A autora (2020).

QUADRO 4 – ALTO ÍNDICE DE SEDENTARISMO ENTRE OS IDOSOS

Nó crítico	- Hábitos e estilos de vida inadequados
Projeto	-Disponibilizar momentos de atividades físicas, em grupo, ao ar livre. Caminhadas e atividades monitoradas nas academias das praças.
Resultados esperados	Estilo de vida menos sedentário
Envolvidos	Profissionais da UBS, Nutricionista e Educador Físico do NASF- AB
Recursos necessários	Para este fim utilizaremos recursos motivacionais como cartazes de incentivo a vida ativa e alimentação saudável; convites motivacionais; distribuição de pins de participação com uma graduação figurada de ‘membro participante’
Responsáveis	Educador Físico do NASF- AB, Nutricionista e ACS
Prazo	1 Ano

Fonte: A autora (2020).

QUADRO 5- DESMOTIVAÇÃO

Nó crítico	- Tristeza, isolamento e baixa autoestima
Projeto	-Realização de palestras sobre motivação na 3ª idade, valorização do grupo incentivando-os a produtividade, participando de outros projetos já existentes em outros departamentos
Resultados esperados	Melhora na autoestima
Envolvidos	Profissionais da UBS e Psicóloga do NASF- AB
Recursos necessários	Para este fim utilizaremos recursos didáticos, como palestras, rodas de conversa e redirecionamento para outros departamentos onde realizam oficinas artesanais onde os idosos poderiam se sentir mais produtivos
Responsáveis	Enfermeira e Psicóloga do NASF- AB
Prazo	1 Ano

Fonte: A autora (2020).

2.3. Etapas para a implementação do projeto de intervenção

O Projeto de Intervenção junto aos idosos nasceu da realidade do dia a dia e, principalmente da necessidade de diminuir a frustração constante dos funcionários da UBS do Setor 4 que, apesar de muita dedicação, observa idosos abandonando tratamento ou fazendo-os de forma inadequada. Se junta a esta frustração as questões sociopolíticas que envolvem o desempenho e os objetivos traçados pela Secretaria de Saúde.

Definidos os dificultadores e identificadas as ações possíveis e necessárias elaboram-se as seguintes ações:

Para disponibilizar estas informações de maneira mais prática é necessário medidas individuais e também aquelas que precisam ser objeto de articulação entre diferentes órgãos de atendimento.

Dificultador 1: Baixo nível de instrução/escolaridade da população idosa. Disponibilizar informações de maneira mais prática e de fácil entendimento para uso correto da medicação anti-hipertensiva.

Nível Pessoal:

- Produção de carimbos lúdicos com representações de sol, prato e lua para relacionar ao horário aproximado de cada medicação.

Nível Municipal, junto à Secretaria de Saúde:

- Blocos de receituário e de pedidos de exames em cores diferentes;
- Treinamento dos ACS sobre as diferenças de cores e as representações dos carimbos, para que elas atuem junto aos idosos.

Dificultador 2: Não dominar as ferramentas digitais que podem colaborar com aspectos da manutenção e cuidados com a saúde.

Nível Municipal, junto à Secretaria de Saúde:

- Articulação para que a Secretaria de Saúde peça junto à Secretaria de Educação disponibilize os professores de Informática para realizarem uma capacitação com os ACS para utilizarem de forma adequada o aplicativo “Dr. Cuco”, que possibilita a elaboração de alarmes de voz indicando o horário para cada medicação;
- Organização de uma oficina onde os ACS treinados ensinarão aos idosos o manuseio e a programação do aplicativo “Dr. Cuco”, com o objetivo de inserirem alarmes que avisam ao idoso o horário correto de tomar cada medicação. É importante destacar que este aplicativo possui uma aba onde é possível cadastrar um grupo de pessoas que serão avisadas caso o paciente esqueça-se de tomar o remédio.

Desta forma as informações do paciente ficam a disposição da equipe que poderá assim fazer um acompanhamento com maiores informações.

Dificultador 3: Hábitos e estilos de vida inadequados.

Nível Municipal, junto à Secretaria de Saúde:

- Observar a disponibilidade do educador físico do NASF- AB, para realização atividades de caminhadas e utilização monitorada dos aparelhos das academias da praça com os idosos pacientes do Setor 4;
- Observar a disponibilidade do nutricionista para participar com o educador físico e os idosos de momentos de aconselhamento nutricional e de valorização das atividades físicas;
- Organizar junto ao nutricionista atendimento especializado e voltado para as necessidades deste grupo de idosos;
- Disponibilização das ACS para acompanhar os idosos nestes momentos, a fim de realizarem medição da pressão e efetuarem os registros necessários;
- Produção de cartazes e panfletos de convite para mobilização destes pacientes;

- Produção de *pins* motivacionais para os participantes das caminhadas.

Dificultador 4: Tristeza, isolamento e baixa autoestima

Nível Municipal, junto à Secretaria de Saúde:

- Observar a disponibilidade da psicóloga do NASF- AB para realização de palestras ou rodas de conversa com os idosos;
- Identificar os setores municipais onde estejam acontecendo oficinas de artesanato ou capacitações profissionalizantes para onde os idosos possam ser direcionados e participarem.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

De acordo com o documento de VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (MALACHIAS et al., 2016 p. 12):

[...] é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal.

A HAS afeta grande parte da população mundial alterando o perfil biopsicossocial de uma sociedade, além disto, é um problema multifatorial de saúde pública uma vez que suas associações podem representar um grande número de óbitos. De acordo com os Cadernos de Atenção Básica (BRASIL, 2006) ocorre um aumento progressivo da mortalidade por doença cardiovascular com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75mmHg de forma linear, contínua e independente.

Ainda de acordo com as Diretrizes (SBC,2010, p.12) dados de 2015, em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos da América, revelaram que HAS estava presente em pacientes com episódios de tipos diferentes, que resultaram na necessidade de atendimento especializado, como “69% dos pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio (IAM), 77% de acidente vascular encefálico (AVE), 75% com insuficiência cardíaca (IC) e 60% com doença arterial periférica (DAP)”.

A mesma fonte afirma que nesse contexto a HAS ainda é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE.

Em Planalto não existe dados estatísticos que detalhem estes pormenores importantíssimos para uma visão global do tema.

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no Brasil, em novembro de 2009 ocorreram 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,00.

Ainda de acordo com a mesma fonte a doença renal terminal, outra condição frequentemente associada à HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS e 9.486 óbitos em 2007. E, segundo o DATASUS, no que diz respeito à epidemiologia, estudos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países (BRASIL, 2006).

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC, 2010, p.7), para o diagnóstico da HAS deve-se realizar no mínimo duas medidas da pressão arterial por consulta, na posição sentada, e se as diastólicas apresentarem diferenças acima de 5 mmHg, fazer novas medidas até se obter menor diferença, sendo que, na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os membros superiores e em caso de diferença deve se utilizar sempre o braço de maior pressão.

Já as VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (MALACHIAS et al., 2016, p.34) traz que a HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial pela medida casual, apresentando como linha demarcatória valores de PA \geq 140/90mmHg.

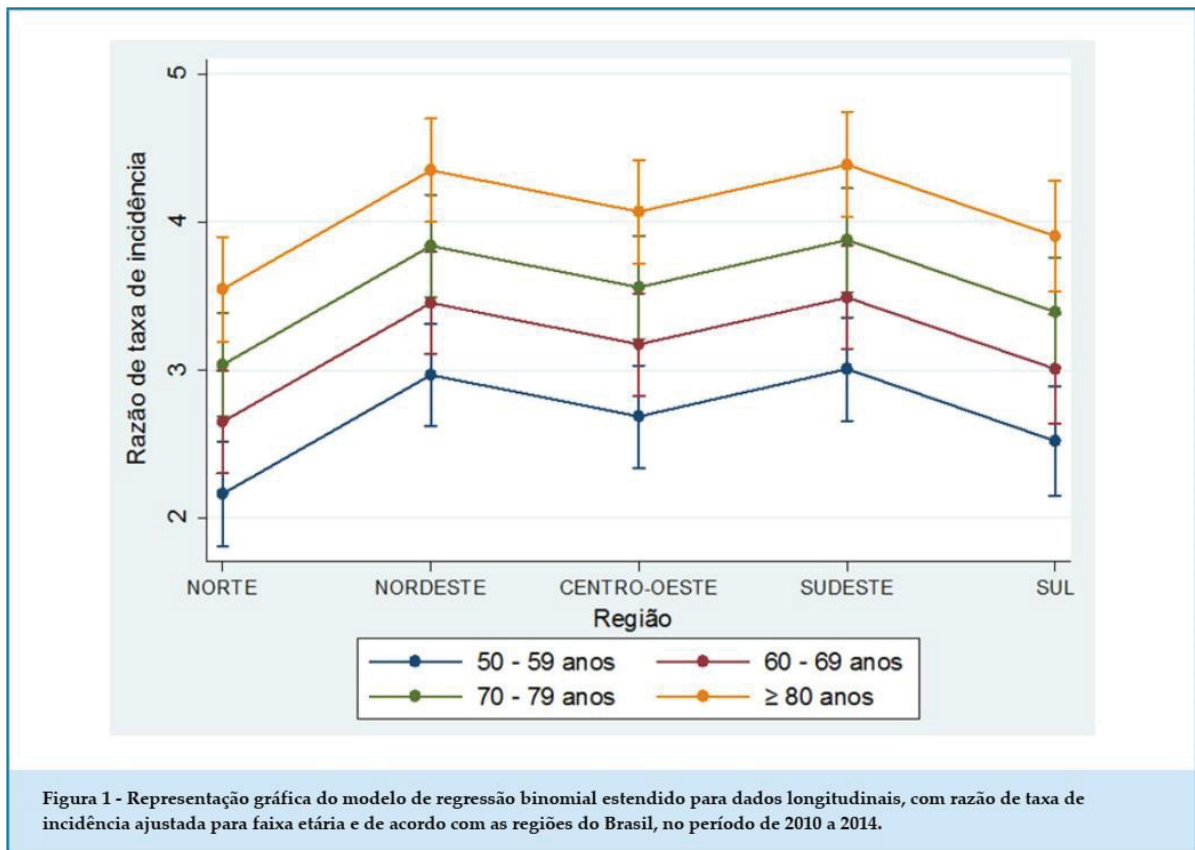
3.2. A HAS E OS IDOSOS

A HAS não é uma doença apenas de idosos, no entanto é possível observar que existe uma prevalência nesta relação. É importante destacar que com o avanço da idade é possível observar alterações fisiológicas no sistema cardiovascular, tais como o aumento da pressão arterial sistólica de forma progressiva, a redução da capacidade aeróbica, entre outras alterações.

De acordo com Santos et al. (2018, p.251), em um estudo realizado entre 2010 e 2014, com o cruzamento de dados do IBGE e do DATASUS, cerca de 32,6% de adultos e mais de 60% de idosos têm hipertensão arterial no Brasil e o aumento progressivo da idade está diretamente relacionado à elevação da média de óbitos relacionada a doenças hipertensivas.

No gráfico abaixo (Gráfico 1) é possível observar a incidência em relação a idade e a região habitada.

GRÁFICO 1 – RAZÃO DE TAXA DE INCIDÊNCIA EM RELAÇÃO A IDADE/REGIÃO



FONTE: ALMEIDA-SANTOS; PRADO; SANTOS (2018, p.253).

Como pode ser observada a maior razão de taxa de incidência ocorre com o aumento da idade.

Junto a isto vem a grande dificuldade que os usuários idosos apresentam para aderir aos tratamentos adequados. Segundo Lozada (2016, p. 13) a adesão ao tratamento da pessoa idosa hipertensa é fundamental para melhorar a qualidade de vida e diminuir os riscos cardiovasculares.

Segundo Perez Riera (2000, p. 120), entre os pacientes que iniciam o tratamento para o controle da HAS, de 16% a 50 % abandonam a medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso. Tornando-se prioritário aos profissionais de saúde desenvolver e programar estratégias que motivem o paciente a continuar com o tratamento proposto.

Assim, podemos observar que apesar do maior índice de incidência de diagnósticos da HAS ser junto a idosos também existe um alto índice de não adesão e de abandono dos tratamentos indicados.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Durante a elaboração deste Plano de Intervenção tudo foi pensado e discutido com a equipe da Secretaria de Saúde de Planalto, para que o Plano saísse do papel e se tornasse realidade na UBS do Setor 4 e com a possibilidade real de ser implementado nas UBS de outros setores. No entanto, adentramos em um momento conturbado da história mundial, a Pandemia do Covid-19.

Desta forma coube a nós, de equipe de saúde, abdicarmos de projetos pessoais e profissionais para nos dedicarmos ao combate desta doença que tem dizimado milhares por todo o mundo. Em Planalto não foi diferente e assim o Plano de Intervenção não saiu da dimensão teórica. Os resultados que aqui serão apresentados serão os resultados esperados, são aqueles que acreditamos, em breve, tornar-se-ão realidade.

Ao realizar as etapas propostas para ultrapassar os dificultadores 1 e 2 entende-se que o acompanhamento de pacientes idosos com HAS se tornará mais efetivo e, desta forma os tratamentos oferecidos surtirão mais efeito, o que provocará uma diminuição nas visitas dos pacientes deste grupo aos serviços de emergência.

Como os pontos abordados se relacionam para uma melhoria não mensurável de qualidade de vida é necessário medir os aspectos que sejam mensuráveis como ida aos serviços de emergência, internações e óbitos por complicações da HAS.

A utilização do aplicativo “Dr. Cuco” possibilitará a todos os funcionários da UBS do Setor 4 o monitoramento do uso adequado dos remédios, assim como inserirá as famílias nesta tarefa de acompanhar e monitorar o tratamento do idoso. Este monitoramento via meio digital torna o trabalho mais rápido e personalizado, atendendo a uma necessidade constante que os pacientes têm de se sentirem apoiados e de receberem atenção.

Um estilo de vida mais saudável, com realização de atividades físicas em grupo com uma alimentação balanceada e própria para os pacientes com HAS fará com que os idosos se sintam mais dispostos e capazes. A participação em oficinas de artesanato e capacitações profissionais possibilitará a eles maior inserção às rodas sociais de convívio, juntando-se a isto as palestras motivacionais e os grupos de conversa, todas estas ações colaborarão para que os idosos não se sintam tão sozinhos e rejeitados, tornando a vida mais interessante e, com isto mais disposto a manterem seus tratamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios que o atendimento básico impõe são tantos e tão diversos que tornou difícil a decisão da escolha de uma área para desenvolver um Projeto. A opção pelo atendimento básico a idosos com HAS veio pela ânsia de procurar caminhos mais efetivos no tratamento da HAS junto a esta parcela tão sofrida e muitas vezes rejeitada, que são os idosos.

A HAS exige de todos um olhar atencioso e dedicação na busca de soluções, sendo ela multifatorial é necessário que se volte para uma grande diversidade de fatores que levam tanto a sua prevenção quanto ao seu controle junto a esta parcela da sociedade.

Prevenir e tratar HAS em idosos não é um desafio fácil de ser desenvolvido, pois deve envolver tanto a ação de possibilitar a todos o conhecimento sobre a doença, suas inter-relações e complicações e, ao mesmo tempo é necessária atenção e informação para que estes tenham a possibilidade de mudar hábitos, desfrutando de um acompanhamento eficiente e adequado às suas necessidades, em um processo longo e, muitas vezes cansativo para o paciente.

A revisão bibliográfica nos mostrou a preocupação crescente com estes pacientes e o quanto é importante um olhar humanizado para todos eles, para suas histórias e os motivos que, muitas vezes, os levam a desistir do tratamento. Estes motivos são desde a falta de informação quanto à depressão, a tristeza, a desorganização familiar e até mesmo o abandono.

Os objetivos estabelecidos neste Projeto foram com certeza muito ambiciosos, mesmo com a não implementação do Projeto, por causa da pandemia que estamos vivendo, foi possível realizar diversas releituras e tentar encaixar a expectativa com as possíveis realidades da equipe da UBS do Setor 4.

Dentre os cinco objetivos propostos, neste momento entendo que somente três deles estão dentro das possibilidades reais da equipe de nosso setor. Com as ações propostas na fase de implementação entendemos que será possível melhorar a relação deste grupo com as pessoas que o assistem e, com isto maior confiabilidade nos tratamentos propostos. Assim como ampliar o acompanhamento de pacientes idosos com HAS através da utilização do aplicativo Dr. Cuco e com isto diminuir as visitas dos pacientes deste grupo aos serviços de emergência.

No entanto ficou claro que por questões de governabilidade e impasses

burocráticos seria muito difícil mensurar o alcance destas ações junto às questões de internações, dos pacientes deste grupo, por complicações da HAS, assim como a diminuição dos óbitos por complicações da hipertensão arterial sistêmica, uma vez que não encontramos parceria para obter estes dados, neste contexto de dificuldades evidenciou-se a necessidade de produzir meios capazes de nos auxiliar não apenas a mensurar estes dados mas, também de compará-los em um momento futuro. O questionário, feito diretamente ao paciente, vem desta forma suprir esta ausência de dados.

Com a implementação deste Plano de Intervenção não se espera milagres e sim uma contribuição, mesmo que pequena, na busca de muitos que têm se dedicado a procurar caminhos que gerem uma vida com mais saúde para os idosos com HAS.

Sendo assim as ações previstas neste projeto de Plano de Intervenção buscam propiciar uma nova concepção didático-pedagógica para os profissionais da equipe e os usuários da UBS do Setor 4, fortalecendo as ações de saúde e favorecendo a relação de confiança, necessária para um trabalho de qualidade, assim como o alcance dos objetivos estabelecidos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-SANTOS, M.A.; PRADO, B.S.; SANTOS, D. M. S. **Spatial Analysis and Mortality Trends Associated with Hypertensive Diseases in the States and Regions of Brazil from 2010 to 2014**. INTERNATIONAL JOURNAL OF CARDIOVASCULAR SCIENCES, v. 31, p. 250-257.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**; Série A. Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 53. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf>. Acesso em: set.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 46. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: set.2020.

BAZELLO, B.; PORTELLA, F.C.; ANTUNES, G.P.P.; GATTI, A. L. **Prática esportiva do idoso**: autoimagem, autoestima e qualidade de vida. Boletim de Psicologia, São Paulo, v. LXVII, n. 145, 9. 2016. 187-197. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v66n145/v66n145a07.pdf>>. Acesso em: ago.2020.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). Base de dados na Internet. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: set.2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2013 (Série Relatórios Metodológicos). Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/planalto.html>>. Acesso em: nov.2020.

HEALTH. Cuco. **Programa de Cuidado Digital**. Disponível em: <<https://cucohealth.com/>>. Acesso em: ago. 2020.

LAHSA – Arquitetura e Planejamento - **Plano Diretor Municipal de Planalto** – PR, 2017. P. 197.

LOZADA, Y.E. **Projeto de intervenção para melhoria da adesão ao tratamento de hipertensão arterial em idosos**. UFMG – Ubá. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/projeto_interven%C3%A7ao_para_melhoria_adesao-ao-tratamento.pdf>. Acesso em: dez.2020.

MALACHIAS, M.V.B.et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, set. 2016. p. 1-104. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/abc/v107n3s3/0066-782X-abc-107-03-s3-0000.pdf>>. Acesso em: out.2020.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração e interpretação de dados. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

PEREZ RIERA, A.R. **Hipertensão Arterial - Conceitos Práticos e Terapêuticos**. São Paulo: Atheneu, 2000. v. 1. 462p.

QUINTANA, J. M. et al. **A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no cuidado aos idosos**. Revista de Enfermagem e Referência, v. 4, n. 1. 2014. p. 145-52.

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol. 2010; 95 (1 supl.1): 1-51.

TEIXEIRA (Org.) C.F. **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências - Salvador: EDUFBA, 2010. p.161.

VERAS, R.; LOURENÇO, R. (Org.). **Formação Humana em Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 3ª Edição, p. 344. 2019.

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO

Este questionário deverá ser aplicado ao paciente ou familiar que o acompanhe.

1. Foi internado por pressão alta nos últimos três meses? Se sim, quantas vezes?
2. Procurou o atendimento de emergência ou urgência, por problemas relacionados a pressão alta nos últimos três meses?
3. Em qual dia da semana e horário procurou a emergência?