

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FERNANDA MOURA MILANI E SILVA

ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS PARA O ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES
IDOSOS HIPERTENSOS E/OU COM DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DE ASSAÍ, PARANÁ

ASSAÍ

2020

FERNANDA MOURA MILANI E SILVA

ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS PARA O ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES
IDOSOS HIPERTENSOS E/OU COM DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DE ASSAÍ, PARANÁ

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista, Curso de Especialização em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Shirley Boller

ASSAÍ

2020

FERNANDA MOURA MILANI E SILVA

ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS PARA O ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES
IDOSOS HIPERTENSOS E/OU COM DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DE ASSAÍ, PARANÁ

Monografia aprovada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista,
Curso de Especialização em Gestão de Pessoas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas,
Universidade Federal do Paraná. Universidade Federal do Paraná, pela seguinte
banca examinadora:

Prof. Orientador xxxxxxxxx

Departamento xxxxxxxxxxxxxxxx

Prof. xxxxxxxxxxxxxxxx

Departamento de xxxxxxxxxxxxxxxx

Prof. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Departamento de xxxxxxxxx

Prof.

Departamento de xxxxxxxxxxxxxxxx

Assaí, xx de xxxxxxxxx.

Ao meu querido esposo, pelo incansável apoio e compreensão. Aos meus filhos, joias preciosas, presentes de Deus em nossas vidas. A minha família, pelo carinho e compreensão que muito colaboraram na realização desta obra.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu saúde e sabedoria, permitindo conquistar mais uma etapa, em minha trajetória profissional.

Ao professor orientador, pela generosidade, paciência e orientação, que muito colaboraram para o desenvolvimento da pesquisa.

Aos professores do curso, pela dedicação, carinho, compreensão e pelos ensinamentos.

Aos funcionários da UPFR, que com muita dedicação e carinho sempre nos atenderam.

Aos colegas do curso, pelo companheirismo, troca de conhecimentos e momentos compartilhados juntos durante essa trajetória.

Aos meus demais familiares e amigos que de alguma forma contribuíram para a realização desse estudo.

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino”.

Leonardo da Vinci

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se constituem num dos mais complexos problemas da rede pública de saúde, em especial, com relação a população idosa, o que gera impacto tanto na qualidade de vida, dessa população, quanto na economia e nos sistemas de saúde. Assim, este projeto de intervenção tem como objetivo propor estratégias preventivas para o acompanhamento de pacientes idosos hipertensos e/ou com diabetes mellitus na unidade básica de saúde, no município de Assaí, Paraná. Caracterizado como uma pesquisa-ação, cuja abordagem é qualitativa e quantitativa e quanto a sua natureza é aplicada, pois parte de um plano que contempla ações para serem aplicadas junto a um grupo de 400 idosos acima de 65 anos, diabéticos e hipertensos. As ações incluem: rodas de conversa para orientações nutricionais, relacionadas às doenças e a promoção da saúde; distribuição de panfletos educativos para conhecimento e orientação da comunidade local quanto à questão saúde-doença-cuidados relacionado ao diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, bem como, o envolvimento de uma equipe de profissionais da saúde, dentre eles: psicólogo, médico, enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista e educador físico. Com a implementação das ações pretende-se alcançar 100% de participação da população alvo e a melhoria na qualidade do atendimento aos idosos a partir de atividades integradas que avance para uma linha de atenção e cuidado integral. Entende-se a partir das evidências levantadas no marco situacional quanto à prevalência da DM e da HAS na população idosa e no levantamento de dados realizados na literatura que, o panorama relacionado à demanda de atendimento aos idosos requer a implementação de ações básicas de diagnóstico e controle, dessas doenças, e a prevenção ainda é a forma mais eficiente de investimento em saúde pública.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus* (DM). Pressão Arterial Sistêmica (HAS). Intervenção. Idosos. Unidade Básica de Saúde.

ABSTRACT

Chronic non-communicable diseases (CNCDs) are one of the most complex problems of the public health network, especially in relation to the elderly population, which impacts both the quality of life of this population, the economy and health systems. Thus, this intervention project aims to propose preventive strategies for the follow-up of elderly patients with hypertension and/or diabetes mellitus in the basic health unit in the municipality of Assaí, Paraná. It is characterized as a research-action, whose approach is qualitative and quantitative and its nature is applied, since it starts from a plan that contemplates actions to be applied with a group of 400 elderly people over 65 years old, diabetics and hypertensive. The actions include: conversation rounds for nutritional guidance, related to the diseases and health promotion; distribution of educational pamphlets for knowledge and guidance of the local community on the issue of health-disease-care related to diabetes mellitus and hypertension, as well as the involvement of a team of health professionals, among them: psychologist, physician, nurse, physical therapist, nutritionist and physical educator. With the implementation of the actions it is intended to achieve 100% participation of the target population and improvement in the quality of care for the elderly from integrated activities that move towards a line of comprehensive care and attention. It is understood from the evidence raised in the situational framework and the survey of data in the literature that the panorama related to the demand for care of the elderly population requires the implementation of basic actions of diagnosis and control of these diseases, and prevention is still the most efficient form of investment in public health.

Keywords: Diabetes *Mellitus*. Systemic Blood Pressure. intervention. elderly. Basic Health Unit.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	10
1.2	PROBLEMA.....	16
1.3	JUSTIFICATIVA	10
1.4	OBJETIVOS	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
1.4.1	Objetivo geral	14
1.4.2	Objetivos específicos	14
2	MÉTODO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
2.1	TIPO DE PESQUISA.....	15
2.1	DESCRIÇÃO DAS FASES DA PESQUISA-AÇÃO.....	15
2.2	DETALHAMENTO DA ETAPA DA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA	28
2.4	DESCRIÇÃO E INDICAÇÃO DOS RECURSOS EDUCACIONAIS	28
3	REVISÃO	DE
	LITERATURA	Erro! Indicador não
		definido.
3.1	A PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA DO BRASIL	15
3.2	O DIABETES MELLITUS E A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO IDOSA	28
3.3	O IDOSO NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA ..	Erro! Indicador não definido.
3.4.1	O idoso na estratégia de saúde da família (ESF)	19
4	RESULTADOS ESPERADOS	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
5	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	35
	REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 MARCO SITUACIONAL

Assaí é uma cidade cujo surgimento e crescimento se deve ao impulso colonizador, realizado pela BRATAC - Sociedade Colonizadora do Brasil Ltda., a partir da aquisição da Fazenda Três Barras, no Município de São Jerônimo da Serra, com o amparo da administração pública do Estado, bem como, apoiados pelo capital japonês para custeio de suas lavouras e aquisição da produção.

A colonização de Assaí cujo nome tem origem na palavra japonesa Assahi e significa sol nascente, está relacionada de forma direta com esta comunidade, comprovada nos sobrenomes de seus fundadores (Massayuki Tsujimoto, Yukito Iwata, Rokuiti Funada, Too Ishikawa e Shozaemon Moriya), tal como na colonização da porção norte do Paraná, já que grande parte das cidades teve influência dos japoneses em sua constituição. Entretanto, Assaí foi à cidade mais intensamente influenciada por esta participação nipônica (BERNARDES; CALVENTE, 2010).

Presença esta, fortemente percebida até os dias atuais no município, pois além dos traços orientais característicos na fisionomia dos assaienses, a organização da comunidade japonesa se evidencia, sendo causa de apreço por todos. Essa organização é observada nos eventos e festas tradicionais da cidade, nas cooperativas, na produção de frutas, assim como, em suas associações.

As tradições, assim como, a língua japonesa presentes na cidade de Assaí vem dos seus primeiros desbravadores. As tradições culturais são mantidas pelos descendentes de japoneses que vão ao Japão para trabalhar e/ou passear e voltam reconhecendo que a cidade transformou-se na memória de seu país de origem por preservar tradições culturais que, devido a crescente evolução tecnológica foram praticamente extintas.

O município de Assaí, segundo dados do IBGE (2020) possuía no último censo realizado em 2010 uma população de 16.354 habitantes e hoje possui uma população estimada em 14.954. Esse declínio observado nos dados se deve a taxa de crescimento médio populacional de -1,33% ao ano.

Considerando que entre as décadas de 1970 e 1980, houve uma redução considerável na população da área rural, ocasionada por fatores como: o processo de

transição da agricultura para a produção de soja e trigo, com a injeção de capital na aquisição de maquinários e insumos agrícolas, modernizando a agricultura. E muitos assaienses também deixaram o município em busca de novas oportunidades em outras localidades (BERNARDES; CALVENTE, 2012).

Dessa breve exposição a partir dos dados socioeconômicos e culturais pode-se dizer que a cidade está envelhecendo, face a um grande número de pessoas idosas. Questão essa observada nos atendimentos na USB de atuação e que gera grande preocupação, com essa parcela da população, considerando os problemas características desta fase, como a predisposição a doenças como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o *diabetes mellitus* (DM), dentre outras, e a qualidade de vida dessas pessoas.

A Unidade Básica de Saúde (USB), no centro de Assaí, conta com uma equipe de estratégia saúde da família (ESF), dos quais cinco são agentes comunitários de saúde, uma enfermeira padrão e duas técnicas de enfermagem exclusivas do programa saúde na família (PSF), atendendo em média de 450 a 500 pessoas por mês entre a zona urbana e rural.

O município de Assaí pertence a 17ª regional de saúde, e os dados epidemiológicos são mantidos atualizados, periodicamente por meio do envio de e-mail para a secretaria municipal de saúde pela equipe de vigilância em saúde da regional. Sendo com base, nesses dados, que são definidos os temas e campanhas a serem desenvolvidos junto à população da área de abrangência.

Uma vulnerabilidade percebida se refere ao fato de que, algumas pessoas só comparecem a unidade se for realizada a busca ativa, isto é, o agente comunitário de saúde da área de cobertura precisa ir a residência buscar a pessoa para a consulta, dificultando o trabalho preventivo, pois, quando buscam ajuda já estão adoecidas e, muitas vezes, não há mais o que fazer.

Na USB, quanto à prevalência de doenças, no período de 2019, foram confirmados 08 (oito) casos de tuberculose e 22 (vinte e dois) casos de dengue. Houve campanhas de vacinação contra o sarampo, mas nenhum caso confirmado e nem suspeito.

A cobertura vacinal da área, em crianças menores de idade, segundo dados da unidade obteve-se um percentual de 59,99% de cobertura. Segundo a responsável esses dados se deve ao fato do índice ser calculado com base nos dados de

nascimento e registros, e muitas famílias realizam a vacinação na rede particular, por isso os dados de vacinação apresentam inconsistência.

Com relação ao acompanhamento pré-natal das gestantes na USB, no período, com gestantes que tiveram 07 (sete) ou mais consultas, foram 34 (trinta e quatro) gestantes atendidas.

As 05 (cinco) queixas principais que levaram a população a buscar a unidade de saúde, no período, para atendimento estão relacionadas com os resultados dos exames e prescrição de medicamentos para dores, em geral, na coluna e abdominais, dentre outras ou por problemas ou queixas respiratórias.

Os casos de doenças crônicas acompanhados pela USB, no período, somaram um total de 108 (cento e oito) indivíduos, dentre os problemas, estão: diabéticos, hipertensos, cardíacos e portadores do vírus HIV. Sendo atendido, na unidade, um número significativo de idosos.

Se vc for trabalhar com o objetivo de estratégias preventivas do HAS e DM, sugiro colocar na introdução, dados epidemiológicos dessas doenças. Nível mundial, nacional, estadual e finaliza com o município de Assaí.(esse tópico ainda requer dados)

1.2 PROBLEMA

O número significativo de idosos atendidos na USB é um problema que tem gerado preocupação, já que essa parcela da população apresenta condições específicas que os tornam mais vulneráveis as perdas, tanto do ponto de vista físico quanto a funcionalidade, bem como as questões: emocional, social e econômica, predispondo-os a quadros de adoecimento diversos, a baixa autoestima, a depressão, a incapacitação funcional e a pobreza, causando interferências na qualidade de vida, dos mesmos.

Sendo importante salientar que os idosos, constituem uma parcela da população vulnerável ao estado de pobreza, em parte, devido à dificuldade de inserção no mercado de trabalho, levando-os a depender de outras fontes de renda, em especial, da aposentadoria. Além disso, tendem a apresentar maior volatilidade orçamentária decorrentes, quase sempre, do inesperado surgimento de despesas relacionadas com a saúde.

Foram diagnosticados dois grandes problemas na UBS. O primeiro se refere à agenda médica. A população atendida na UBS é de aproximadamente 3.500 pessoas entre a zona urbana e rural. Existe um, alto o índice de idosos que precisam se deslocar, de suas casas, para agendar consultas e nesse sentido precisam chegar muito cedo, antes mesmo da abertura da unidade, para conseguirem ser atendidos mas nem sempre com sucesso, precisando retornar no dia seguinte para novas tentativas de agendamento

O segundo problema se refere ao fato de não haver um prontuário eletrônico dos pacientes e essa falta de acesso a informações importantes sobre o histórico do paciente, no momento da consulta, como: resultados de exames anteriores, medicamento de uso contínuo, dentre outros, onera o atendimento. A falta de um receituário eletrônico leva, muitas vezes, a prescrição de um medicamento que não há no estoque da farmácia da unidade básica, gerando transtorno ao paciente que precisa voltar para seja prescrito outro medicamento.

Todas essas situações quando se trata do atendimento de uma parcela significativa de idosos e em consequência mais vulnerável, tornam o atendimento e o acompanhamento, principalmente, no caso de doenças crônicas como: a DM e a HAS, mais difícil, levando ao agravamento dos casos.

Como evidenciado ambos os problemas dificultam o atendimento e acompanhamento dos idosos com DM e HAS. Nesse sentido, o problema priorizado para o projeto de intervenção centra-se na prevalência de HAS e DM na população idosa.

1.3 JUSTIFICATIVA

A escolha do problema se justifica, considerando que o Ministério da Saúde preconiza que a oferta de serviços de saúde deve ser realizada com qualidade, equidade e atendimento integral aos usuários como ponto central na atenção primária a saúde (APS) e no estabelecimento da atenção da estratégia de saúde da família (ESF), (NETO, 2000).

A comprovação efetiva da ESF é essencial para que os indivíduos, a família e a sociedade sejam alcançados pela oferta de estratégias de saúde direcionadas ao atendimento das necessidades e demanda de uma população específica, assim como,

ao atendimento das doenças e agravantes mais preponderantes na população (BRASIL, 2010).

Tendo em vista que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) compõem um dos mais desafiadores problemas da rede pública de saúde e tem representado um significativo quantitativo de mortes prematuras, incapacidade para a realização de atividades cotidianas e perda da qualidade de vida, além de impactar na economia e nos sistemas de saúde (BRASIL, 2011).

No cenário brasileiro, as DCNT foram responsáveis por mais de 74% do total de dos óbitos ocorridos em 2014. Na população adulta e idosa, se destaca como principais DCNT: a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, como as causas principais de mortes e hospitalizações no Brasil (MALTA et al, 2015).

Nesse sentido, entende-se que detectar de modo precoce, tratar e controlar a hipertensão arterial e o diabetes mellitus na população idosa é fundamental para reduzir seus impactos e agravantes relacionados. Sendo essencial, a adoção de estratégias que visem mudanças nos estilos de vida, dessa população, para controlar essas doenças. E como exemplo, podem ser consideradas estratégias que atuam no tratamento e no controle: alimentação saudável, prática de atividades física, associadas ou não à terapêutica medicamentosa.

1.4 OBJETIVOS

Objetivo geral

- ✓ Propor estratégias preventivas para o acompanhamento de pacientes idosos com hipertensão arterial sistêmica com diabetes *mellitus*.

Objetivos específicos

- ✓ Definir agendas com antecedência das consultas para idosos com HAS e DM, visando maior alcance nos atendimentos e participação nas ações de educação em saúde;
- ✓ Organizar grupos de apoio para orientação nutricional, esclarecimentos de dúvidas relacionadas à própria doença e a promoção da saúde;

- ✓ Recomendar a implementação do sistema de prontuário eletrônico para agilizar e facilitar o atendimento e monitoramento aos pacientes idosos com HAS e DM.

2 MÉTODO

2.1 TIPO DE PESQUISA

Conforme Thiollent (2007), como o próprio nome indica, o projeto de intervenção, embasa-se na concepção da pesquisa-ação, já estabelece uma relação direta entre a pesquisa e ação, intuindo intervir em uma determinada problemática detectada. Na área da saúde, esse tipo de pesquisa é amplamente utilizada, considerando sua relevância e o seu caráter interventivo. Já que o pesquisador ao pesquisar sua própria prática, produz novos conhecimentos e ressignifica sua prática, desenvolvendo o senso crítico e o compromisso com a realidade em que atuam.

Nesse sentido pesquisador e pesquisados envolvem-se de forma direta em uma perspectiva transformadora já que a:

[...] pesquisa-intervenção consiste em uma tendência das pesquisas participativas que busca investigar a vida de coletividades na sua diversidade qualitativa, assumindo uma intervenção de caráter socioanalítico (ROCHA; AGUAR, 2003, p. 66).

Assim o projeto é caracterizado como uma pesquisa-ação, cuja abordagem é qualitativa e quantitativa e quanto a sua natureza é aplicada, já que busca intervir diretamente em uma situação problema encontrada com as vistas a dar sua contribuição para equacionar o problema social que se apresenta no caso o diabetes millitus e a hipertensão arterial sistêmica envolvendo a população idosa no município de Assaí, estado do Paraná.

2.2 DESCRIÇÃO DAS FASES DA PESQUISA-AÇÃO

A primeira etapa da pesquisa é apresentada na parte introdutória do projeto e corresponde aos seguintes desdobramentos:

1º passo – corresponde ao marco situacional a partir do diagnóstico da realidade pesquisada no decorrer do curso, apresenta um breve panorama histórico, social e cultural do município de Assaí no Paraná, bem como, a caracterização da unidade básica de atendimento e dados epidemiológicos.

2º passo - corresponde à descrição da problematização identificada e a ser priorizada no plano de intervenção, sendo identificados dos problemas na USB que interferem no atendimento, em especial, dos idosos, sendo eles a agenda médica e a o segundo a inexistência de um prontuário eletrônico dos pacientes.

3º passo – corresponde à justificativa para o problema priorizado na pesquisa a partir das diretrizes que definem a atuação dos profissionais em saúde e a priorização do atendimento integral e das demandas específicas de terminada a população, no caso, ações interventivas relacionadas ao diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial sistêmica em idosos, na área de cobertura da USB, em atuação, no município de Assaí, Paraná.

4º passo – corresponde a definição do objetivo geral e dos objetivos específicos para o plano de intervenção, respondendo ao para quê intervir, com base na análise nos dados levantados nos passos 1, 2, e 3 evidenciou-se a necessidade de priorizar uma parcela população idosa e propor estratégias preventivas para o acompanhamento de pacientes idosos hipertensos e/ou com diabetes mellitus.

O alcance do objetivo proposto será efetivado mediante seu desmembramento nos objetivos específicos a partir de ações que contemplem cada um deles detalhado em tópico específico.

2.3 CENÁRIO DA INTERVENÇÃO – (adicionado conforme orientação do arquivo de correção)

O trabalho na unidade é desenvolvido de forma interdisciplinar integrado por profissionais e técnicos com formações diversas como: médico ginecologista, pediatra, odontologista, farmacêutica, nutricionista, agentes administrativos, motoristas, telefonista/recepcionista.

No que se refere à gestão da unidade, esta apresenta como ponto positivo um bom planejamento das ações executadas na atenção básica. As deliberações são realizadas em reuniões marcadas com antecedência com a equipe para que todos

tenham acesso às mesmas informações, focando no trabalho preventivo. A equipe de trabalho tem se empenhado para mudar o modelo médico com foco na doença.

Assim a relação entre a equipe de saúde e a comunidade é um ponto de atenção, já que se observou que a comunicação ainda não é efetiva, falta uma linguagem mais acessível, especialmente, quando se trata de pessoas mais simples.

A unidade de saúde atende os habitantes oriundos da zona urbana e rural do município, cuja economia se baseia na agricultura familiar e no comércio local. No tocante a estrutura social e política a cidade conta com o conselho municipal de saúde, composto por membros do setor público e da sociedade civil.

Na área da educação e saúde, pode-se dizer que existe uma parceria constante entre as escolas e os centros municipais de educação infantil para a realização de campanhas, palestras e projetos e conscientização, em especial, para trabalhar temas como: a dengue e doenças sexualmente transmissíveis direcionadas aos adolescentes, dentre outras.

Quanto aos eventos e campanhas na área da saúde, a comunidade se mostra participativa, já que quando convocada para campanhas como: outubro rosa e novembro azul que são campanhas de prevenção ao câncer onde são realizadas ações preventivas e o agendamento de exames, observa-se uma boa participação da comunidade.

2.3.1 Participantes da intervenção

Como amostra foi feito um levantamento na área de cobertura da USB dos idosos monitorados, sendo 281 hipertensos e 119 diabéticos acima de 65 anos, num total de 400 usuários. Essa população corresponde a 75% da área de cobertura, já que existem áreas descobertas, ou seja, sem ACS para a realização de uma estatística mais precisa.

2.3.2 Trajetória Metodológica

E como ferramenta subsidiária para o desenvolvimento das ações utilizar-se-á os cadernos de atenção básica e demais orientações do ministério da saúde. Tendo como profissionais envolvidos nas ações: gestor, médico, dentista, enfermeira, psicólogo, fisioterapeuta, agentes de saúde e o educador físico. Como não possuímos

o educador físico será buscado parceria junto a secretaria de educação para contar com este profissional no desenvolvimento das ações propostas.

A meta definida para a proposta é de alcançar 100% de participação da amostra definida nas ações propostas.

Para tanto serão realizadas reuniões mensais para monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas para analisar o alcance e efetividade das ações propostas e a necessidade de replanejamento. Assim como a capacitação dos profissionais envolvidos, visando melhorar o atendimento, acompanhamento e a adesão dos idosos com HAS e DM definidos na amostra para a intervenção.

As ações propostas serão desenvolvidas da seguinte forma:

Etapa 1. Educação em saúde

O objetivo dessa etapa será organizar rodas de conversa para orientações nutricionais, relacionadas às doenças e a promoção da saúde; distribuição de panfletos educativos para conhecimento e orientação da comunidade local quanto à questão saúde-doença-cuidados relacionado ao diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica. Tendo como indicadores: psicólogo, médico, enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista e educador físico como responsáveis pela organização e condução da organização dos grupos, das atividades e distribuição do material impresso.

Como parâmetros serão considerados: contemplar 100% da amostra de hipertensos e diabéticos nas ações propostas = ótimo; contemplar 80% da amostra de hipertensos e diabéticos nas ações propostas = bom; contemplar 60% da amostra de hipertensos e diabéticos nas ações propostas = satisfatório e; contemplar menos de 50% da amostra de hipertensos e diabéticos nas ações propostas = ruim. Essa etapa tem finalidade de decisão. Momento da realização ex-post com natureza de pesquisa avaliativa.

Para tanto a primeira estratégia contará com a organização de rodas de conversas para orientação e esclarecimentos de dúvidas relacionadas à própria doença. Tempo de duração será de 1 hora, quinzenalmente. Os profissionais envolvidos serão: psicólogo, médico, dentista e enfermeira. A população alvo/amostra envolverá os 400 participantes que serão divididos em grupos para as rodas de conversas. Para esta estratégia serão utilizados recursos humanos e financeiros – material impresso

para ser distribuído. A divulgação dos recursos educacionais se dará na ARES/REA-PR, UBS e ESF.

A segunda estratégia será estimular hábitos de vida mais saudáveis por meio de orientação nutricional e da prática de atividades físicas. Os profissionais envolvidos serão: fisioterapeuta, nutricionista e educador físico. Essa ação envolverá a amostra dos 400 idosos (divididos em grupo) e será realizada semanalmente. Também contará com recursos humanos e financeiros com a distribuição de panfletos educativos. A divulgação dos recursos educacionais se dará na ARES/REA-PR, UBS, ESF e espaços públicos.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

2.3.3 Análise dos dados

Os resultados serão apresentados por intermédio de gráficos e a análise e discussão dos resultados serão feitas de forma qualitativa com base na argumentação teórica em torno da abordagem proposta na intervenção

2.3.4 Preceitos éticos

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

QUADRO 1 - DETALHAMENTO DAS AÇÕES

Problema Priorizado:	A prevalência da HAS e da DM envolvendo a população idosa no município de Assaí, estado do Paraná na área de cobertura da USB.				
Ações	Indicadores	Parâmetros	Finalidade	Momento da Realização	Natureza
1ª Organizar agendas com antecedência para idosos com HAS e DM, visando maior alcance nos atendimentos e participação nas ações de educação em saúde.	Telefonista / recepcionista responsável pela organização da agenda médica, contato com os pacientes e separação dos prontuários.	Os parâmetros a serem considerados serão: agendar 100% dos participantes idosos com HAS e DM a serem envolvidos	Gerenciamento	Ex-ante	Normativa

		<p>nas ações de saúde = ótimo; agendar pelo menos 80% dos participantes idosos com HAS e DM a serem envolvidos nas ações de saúde = bom; agendar somente 60% dos participantes idosos com HAS e DM a serem envolvidos nas ações de saúde = satisfatório e; agendar menos de 50% participantes idosos com HAS e DM a serem envolvidos nas ações de saúde = ruim.</p>			
<p>2ª Organizar rodas de conversa para orientações nutricionais, relacionadas às doenças e a promoção da saúde; distribuição de panfletos educativos para conhecimento e orientação da comunidade local quanto à questão saúde-doença-cuidados relacionado ao diabetes <i>mellitus</i> e hipertensão arterial sistêmica.</p>	<p>Psicólogo, médico, enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista e educador físico como responsáveis pela organização e condução da organização dos grupos, das atividades e distribuição do material impresso.</p>	<p>Comtemplar 100% da amostra de hipertensos e diabéticos nas ações propostas = ótimo; contemplar 80% da amostra de hipertensos e diabéticos nas ações propostas = bom; contemplar 60% da amostra de hipertensos e diabéticos nas ações propostas = satisfatório e; contemplar menos de 50% da</p>	<p>Decisão</p>	<p>Ex-post</p>	<p>Pesquisa Avaliativa</p>

		amostra de hipertensos e diabéticos nas ações propostas = ruim.			
3ª Recomendar a implementação um sistema eletrônico de prontuário para agilizar e facilitar o atendimento e monitoramento dos pacientes idosos com HAS e DM, melhorando o acesso à informações sobre o histórico desses pacientes, assim como a prescrição de medicamentos e o acompanhamento do tratamento, evitando o agravamento nos quadros de saúde e na qualidade de vida desses idosos.	Implantação do prontuário eletrônico (trata-se de uma recomendação não significa resultado na intervenção proposta.).	Todos os pacientes idosos com HAS e DM cadastrados no prontuário eletrônico = ótimo; maioria dos pacientes idosos com HAS e DM cadastrados no prontuário eletrônico = bom, ao menos metade dos pacientes idosos com HAS e DM cadastrados no prontuário eletrônico = satisfatório, nenhum paciente idosos com HAS e DM cadastrado no prontuário: ruim.	Gerenciamento	Ex-ante	Normativa

FONTE: O autor, 2020.

O Quadro 2, abaixo apresenta a descrição do plano de intervenção e os recursos educacionais utilizados.

QUADRO 2 – DESCRIÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Objetivo específico: Definir agendas com antecedência das consultas para idosos com HAS e DM, visando maior alcance nos atendimentos e participação nas ações de educação em saúde.

Estratégia	Duração	Envolvidos	População alvo/ amostra	Data	Recursos Educacionais utilizados	Locais de divulgação dos recursos educacionais
Realizar agendamento prévio, das consultas tanto de forma presencial quanto por telefone para facilitar para a população.	5 meses	Telefonista/ Recepcionista	400	Diariamente	Recurso Humano - abordagem direcionada a conscientização e orientação do usuário quanto à consulta.	ARES/REA-PR e UBS
Organizar a agenda médica, anotando o contato dos pacientes, ligar para lembrar e confirmar a consulta no dia anterior, separar o numero de prontuário dos pacientes.	5 meses	Telefonista/ Recepcionista	400	Conforme agenda prévia definida	Recurso Humano - abordagem direcionada a conscientização e orientação do usuário quanto à consulta.	ARES/REA-PR e UBS

Objetivo específico: Organizar grupos de apoio para orientação nutricional, esclarecimentos de dúvidas relacionadas à própria doença e a promoção da saúde

Estratégia	Duração	Envolvidos	População alvo/ amostra	Data	Recursos Educacionais utilizados	Locais de divulgação dos recursos educacionais
Rodas de conversas para orientação e esclarecimentos de dúvidas relacionadas à própria doença	1 hora	Psicólogo, médico, enfermeira.	400 (divisão de grupos quinzenais)	Quinzenalmente	Recursos humanos e financeiros - material impresso a ser distribuído	ARES/REA-PR, UBS e ESF
Estimular hábitos de vida mais saudáveis por meio de orientação nutricional e da prática de atividades	1 hora	Fisioterapeuta, nutricionista e educador físico.	400	Semanal	Recursos humanos e financeiros - material impresso a ser distribuído - panfletos educativos	ARES/REA-PR, UBS, ESF e espaços públicos

físicas.						
Objetivo específico: Recomendar a implementação do sistema de prontuário eletrônico para agilizar e facilitar o atendimento e monitoramento aos pacientes idosos com HAS e DM.						
Estratégia	Duração	Envolvidos	População alvo/ amostra	Data	Recursos Educacionais utilizados	Locais de divulgação dos recursos educacionais
Implantar e treinar a equipe para a utilização de prontuário eletrônico. para obter informações de maneira rápida e confiável Implantação	Julho de 2021	Gestor	400	Junho de 2021	Recursos humanos – técnicos Recursos financeiros – equipamentos e materiais Recursos político – Secretaria	ARES/REA-PR, UBS e Secretaria.
Otimizar o atendimento ao paciente a partir da obtenção de informações rápidas e confiáveis.	Julho de 2021	Gestor	400	Junho de 2021	Recursos humanos – técnicos Recursos financeiros – equipamentos e materiais Recursos político – Secretaria	ARES/REA-PR, UBS e Secretaria

FONTE: O autor, 2020

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA QUALIDADE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL

A população idosa vem apresentando um índice de crescimento elevado nos últimos anos. O Brasil vem se destacando pelo crescente aumento nos índices de crescimento da população idosa com mais de 60 anos. Sendo este o segmento populacional que mais cresce em nosso país (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Dados do IBGE (2018) revelam que houve um crescimento de 26% entre 2012 a 2018 na faixa etária acima de 65 anos, enquanto que na faixa etária até 13, houve um crescimento de 6%. E as projeções indicam que em 2050 teremos em nosso país 30% da população na faixa etária acima dos 60 anos (IBGE, 2018).

E esse fenômeno ocorre em escala mundial e em conjunto com a,

[...] transição epidemiológica, resulta no principal fenômeno demográfico do século 20, conhecido como envelhecimento populacional. Este fenômeno tem levado a uma reorganização do sistema de Saúde, pois essa população exige cuidados que são um desafio devido às doenças crônicas que apresentam, além do fato de que incorporam disfunções nos últimos anos de suas vidas (NASRI, 2008, p. 4).

Nasri (2008) enfatiza também que contrariamente ao senso comum, o envelhecimento da população não é resultante do aumento do número de mortalidades, e sim do declínio da taxa de fecundidade. Ou seja, para que uma população tenha um índice de idosos elevados e preciso que se diminua a proporção de pessoas mais jovens o que incide numa taxa de fecundidade menor.

Esse processo de mudança está relacionado à melhoria das condições de vida, a evolução das abordagens na área da saúde, dos recursos diagnósticos e tratamentos, assim como, maior acesso às informações e aos meios de comunicação (TOLDRÁ et al, 2014). Sendo essa mudança na dinâmica dos processos

populacionais também gera uma mudança no quadro epidemiológico, já que com o aumento da população idosa evidenciam-se o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (MALTA et al, 2015).

O próprio declínio do ciclo vital, isto é, o envelhecer está ligado ao fato do idoso ter que passar a conviver com uma ou mais doenças crônicas e distúrbios adquiridos com a idade, que conduzem a perdas de sua capacidade física e de autonomia e a presença de quadros disfuncionais (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Todavia pesquisas epidemiológicas têm evidenciado que as doenças e as limitações podem ser controladas e até mesmo evitadas durante o envelhecimento a partir da utilização de serviços de apoio preventivos, eliminando-se ao máximo as situações de risco, assim como, as adesões a rotinas mais saudáveis estão entre os determinantes essenciais para um envelhecimento mais qualitativo e com mais saúde (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

A Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) regulamenta por intermédio da portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, a partir a compreensão de que o setor de saúde dispusesse de uma política atualizada no tocante à saúde da população idosa e tendo em vista a conclusão do processo de revisão e atualização do conteúdo da Portaria nº 1.395/99, dentre outras disposições determina:

Art. 2º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 2006, p. 01).

A legislação que passou a vigorar em 2006 tem como propósitos a garantia dos direitos sociais do idoso a partir da criação de condições que visem à promoção de sua autonomia, integração e efetiva participação na sociedade. Com base, dentre outros, nos seguintes pressupostos:

a) o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro; b) os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde; c) o conhecimento atual da Ciência; d) o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica; e) a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde; [...] (BRASIL, 2006, p. 1).

Observa-se o alinhamento com as políticas nacionais de saúde, cuja competência engloba: a proteção, prevenção, promoção e a recuperação da saúde do idoso, por intermédio de ações que visem à promoção da saúde do idoso em sua integralidade, considerando os avanços políticos, técnicos e científicos que compreendem o conceito de saúde da pessoa idosa para além da simples ausência de doença (BRASIL, 2006).

O entendimento da saúde em todos os seus aspectos requer a compreensão de outro conceito que é também amplo e subjetivo:

O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive (SANTOS, et al, 2002; VELARDE;AVILA, 2002 apud VECCHIA et al, 2005, p. 247)

O entendimento de qualidade de vida se associa às várias circunstâncias que englobam as condições e as formas de vida, relacionando-se de forma direta com a autonomia do idoso que, por sua vez, relaciona-se com sua capacidade funcional, assim como, sua relação com a área dos direitos humanos e sociais. Direitos esses fundamentais que devem ser assegurados na rede básica de saúde e na comunidade (TOLDRÁ et al, 2014).

Nesse sentido, a avaliação das condições de vida e saúde do idoso é fundamental, com vistas à propositura de ações interventivas validas em programas de saúde, políticos e sociais. Sendo também relevante estudos em torno de práticas de saúde voltadas a qualidade de vida para a população idosa (TOLDRÁ et al, 2014).

Uma forma possível de promover a saúde e a qualidade de vida de forma a assegurar a atenção integral ao idoso é a promoção de ações interventivas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (Brasil, 2014), considerando sua alta incidência e suas complicações evidenciadas nos dados epidemiológicos com preponderância para o diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica (FRANCISCO et al, 2018).

3.2 O DIABETES *MELLITUS* E A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO IDOSA

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus* se encontram dentre os cinco principais fatores de risco para mortalidade a nível mundial, considerando os fatores de risco para as doenças cardiovasculares e mortes na população idosa (FRANCISCO et al, 2018). Com prevalência elevada, essas doenças, se sobressaem dentre os principais problemas de saúde pública, atualmente, em especial com relação aos problemas associados a geriatria (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) se caracteriza por uma condição clínica multifatorial na qual a pressão se mantém num nível médio de $\geq 140/90$ mmHg (NUNES et al, 2015). Com baixos índices de controle e grande prevalência, essa doença, evidencia uma das principais causas de risco alteráveis relacionadas às disfunções cardiovasculares (MALTA et al, 2015).

No que se refere à prevalência da HAS uma pesquisa realizada no Brasil constatou que mais de 55% da população idosa apresentava a doença em todas as regiões brasileiras (MALTA et al., 2014). Outro estudo também revelou que a faixa etária tem relação direta como fator de risco para HAS, com índice acima de 60% para idosos acima de 65 anos (NUNES et al, 2015). Além disso, outros elementos de risco envolvem: sexo, vida sedentária, peso elevado, questões sociais e econômicas, o fato de ser fumante, fazer uso do álcool, dentre outros (NUNES et al, 2015).

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016), essa doença é caracterizada como um grupo diverso de disfunções metabólicas que tem em comum a hiperglicemia, resultante de falhas na atividade da insulina, na eliminação de insulina ou nas duas. Essa desorganização metabólica crônica de glicose, com a elevação inistente da glicemia, pode ocasionar sérias complicações neurológicas, cardiovasculares e renais Sendo a diabetes mellitus tipo 2 responsável por até 95% dos casos desta enfermidade (OLIVEIRA; VENCIO, 2016).

Quanto as estimativas globais para a prevalência da diabetes mellitus, estas apontam que entre 2010 e 2030, os índices de adultos com diabetes nos países desenvolvidos será elevado em 69% e nos países em desenvolvimento em torno de 20% (SHAW; SICREE; ZIMMET, 2010).

Enquanto dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), no Brasil revelam que 9,2 milhões de pessoas o que corresponde a 6,2% dos cidadãos com idade acima

de 18 anos, tendendo sua incidência a crescer conforme a idade avança (IBGE, 2015; ISER, et al, 2015). Os dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD) na população idosa no Brasil já indicavam uma incidência de diabetes acima de 18%. Já em 2013, as informações da PNS apontavam para um índice de quase 20% (19,9% e 19,6%) da incidência da doença em idosos com idade entre 65 a 74 anos e superior a 75 anos (ISER et al, 2015). Além disso, pesquisas em determinadas localidades vem revelando índices acima de 13% em populações com idade superior a 60 anos (IBGE, 2015; PRADO; FRANCISCO; BARROSO, 2016).

O crescente aumento das condições de saúde, envolvendo os idosos tem acarretado maiores demandas aos serviços de saúde, já que a utilização de medicamentos é mais elevada com o avanço da idade, devido também às restrições físicas, muitas vezes, devido ao agravamento da própria doença, pelas limitações na realização de atividades cotidianas, assim como, pelo aumento no número de internações (IBGE, 2008; FRANCISCO et al, 2016).

Esse crescente fluxo que é demandado aos serviços de saúde, impõe a necessidade de reestruturação, capacitação e extensão dos atendimentos, tanto na atenção primária (AP), quanto nos atendimentos mais complexos, onerando o sistema único de saúde (SUS), (CAMPOLINA et al, 2013).

As demandas e os gastos são altos, em especial quando relacionados a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, pois se configuram em importantes riscos para doenças renais, cardíacas coronarianas, acidentes vasculares encefálicos e insuficiências cardíacas. Estando também associadas a outras doenças como a “dislipidemia, estado pró-trombótico e disfunção autonômica cardíaca” (BONOW et al, 2002 apud FRANCISCO et al, 2016, p. 3830). Pesquisas também revelam que a incidência de HAS entre os diabéticos, quando comparados aos que não apresentam a doença é praticamente o dobro (FRANCISCO et al, 2016).

Dessa forma, a pressão arterial sistêmica e o diabetes mellitus representam os fatores básicos de risco para esta população com relação aos problemas cardíacos, constituem-se em agravos à saúde pública, sendo que grande parte dos casos podem ser tratados na rede básica de saúde (BRASIL, 2001).

O panorama que se apresenta com relação à demanda de atendimento a população idosa requer a implementação de ações básicas de diagnóstico e controle destas doenças por meio dos conhecidos fatores de risco, nos diversos níveis de rede do SUS, em especial, no nível PA (BRASIL, 2001).

3.3 O IDOSO NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA

Cabe destacar inicialmente que a rede de atenção à saúde (RAS) é caracterizada como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 04).

A rede de atenção à saúde da pessoa idosa se constitui em uma rede integrada que objetiva a adequação à atenção à população idosa de maneira a assisti-la em sua integralidade, inclusive em suas necessidades sociais. Tendo como norte para a operacionalização das informações na área da saúde o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), que possibilita ao gestor o conhecimento da rede de assistência presente, bem como, o potencial e a disponibilidade informacionais das situações relacionadas à infraestrutura e ao desempenho das unidades de saúde em todas as instâncias (BRASIL, 2010).

Várias são as unidades de saúde que integram a rede de atenção a saúde do idoso no âmbito do SUS, dentre elas: as unidades básicas de saúde (UBS); unidade de atendimento ambulatorial especializado; unidades de reabilitação; centros de referência em atenção à saúde do idoso (Creasi); unidades de proteção social – representada pelo compartilhamento: SUS e Sistema Único de Assistência Social (SUAS), (BRASIL, 2010).

Sendo as UBS tidas como a porta de entrada do SUS e, segundo os princípios definidos, devem acolher, receber e oferecer aos seus usuários as condições básicas de atendimento com a segurança e conforto necessários, inclusive em se tratando de idosos com dificuldades de acesso, isto é, “proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2010, p. 05). Os parâmetros e orientações estabelecidos para a construção e planejamento das UBS são estabelecidos pela Norma nº 9050/2004 – ABNT, no entanto, sabe-se que muitas UBS em funcionamento atuam em prédios adaptados e sem o devido planejamento, foram dos padrões estabelecidos (BRASIL, 2010).

Cabe destacar que as UBS podem ou não contar a equipe de saúde da família (ESF); ambas as situações encontram-se registradas no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), sendo suas condições para funcionamento tanto

estruturais, de pessoal e de recursos determinados pela política nacional de atenção básica (PNAB), dentre eles:

Equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, entre outros; Equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica;
Equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica; [...], (BRASIL, 2010, p, 200..

A PNS, já mencionada quanto aos dados epidemiológicos relacionados à HAS e o DM, estabelece que a atenção à saúde dos idosos seja mediada pela atenção básica (AB), tendo como parâmetro a “rede de serviços especializados de média e alta complexidade” (BRASIL 2010, p. 29). Nesse sentido, a atenção adequada ao idoso requer do sistema de saúde, ações coordenadas em que cada instância desenvolva suas ações de forma articulada as demais (MATTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

3.3.1 O idoso na estratégia de saúde da família (ESF)

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge no cenário brasileiro em dezembro de 1993, a partir de algumas experiências municipais que se encontravam em andamento na época, emergindo como uma proposta ousada que visava reestruturar o sistema de saúde, organizar a atenção primária e substituir os padrões tradicionais presentes, segundo os preceitos SUS (BRASIL, 2010).

Quanto a esse aspecto é importante destacar que com a idealização da ESF, o programa de agentes comunitários de saúde (PACS, Brasil, 2001), também inicia de modo transitório sua implementação, objetivando a efetivação dos princípios da integralidade, universalidade e equidade apresentados para o SUS, sendo recomendado “para seu funcionamento uma equipe de trabalho composta por: um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis ACS, sendo esses, profissionais fundamentais para seu desenvolvimento” (PERES et al, 2011, p. 906).

Assim de acordo com a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, em seu capítulo II, no que tange a especificações da estratégia da saúde da família, quanto aos princípios gerais, parágrafos de I ao V, compete a ESF:

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde doença da população;
- III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e V - ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006, p. 20).

Orientada pelo princípio da territorialização (Faria, 2019), a AB/SF tem a incumbência de zelar pela atenção à saúde população idosa da sua área de abrangência. Recebendo essa população e atendendo de acordo com os princípios de humanização preconizados pelo SUS (BRASIL, 2010). Para tanto, o investimento na capacitação dos profissionais, com foco nos idosos se faz necessário, considerando as peculiaridades que envolvem o processo de envelhecimento, a cultura e as questões sociais e econômicas locais, de modo a favorecer o acesso desses ao sistema de saúde (BRASIL, 2006; VASCONCELOS, GOMES, 2010).

Além do mais, é importante que os profissionais da saúde sejam devidamente qualificados para superar a visão fragmentária da equipe multiprofissional, reconhecendo a integração entre a rede básica e o sistema de referências (FARIA, 2019). E as equipes de saúde na AB quando alinhadas aos seus propósitos podem inteirar-se do contexto vivencial e social dos indivíduos, para nele intervir. Sendo assim importantes agentes de promoção da saúde (BRASIL, 1997).

Sendo relevante salientar que toda a abordagem da equipe de AB/SF precisa priorizar frente às necessidades de seus usuários, pela autonomia destes, oportunizando meios para que os idosos possam ter uma melhoria na qualidade de vida (BRASIL, 2007). Podendo ser destacadas dentre as características do processo que envolve o trabalho dessas equipes que consistem na atenção primária à saúde, as seguintes:

1. Atenção Continuada ou Longitudinalidade – a garantia de efetivação do cuidado ao longo do tempo confere vantagens, especialmente, no acompanhamento da pessoa idosa, [...];
2. Visita Domiciliar – é um momento único no estabelecimento do cuidado aos usuários da comunidade adscrita. Deve ser sempre planejada pela equipe de maneira a contemplar as necessidades específicas de cada família a ser visitada, por isso, cada visita deve ser organizada com um grupo determinado de profissionais de saúde (BRASIL, 2007, p. 15).

No primeiro ponto quanto à atenção contínua e longitudinal observa-se a relevância quanto a possibilidade de negociação de mudanças de hábitos de modo gradativo, a percepção das intercorrências de forma rápida e reações adversas as medicações, efetuando as correções, estreitando os vínculos dos idosos com a equipe. No segundo ponto, a visita domiciliar, se configura num momento único, pois possibilita à equipe conhecer a realidade dos idosos, reconhecendo situações de abandono e/ou maus tratos, isto é, condições em que seus direitos não estejam sendo garantidos (BRASIL, 2007).

O atendimento ao paciente idoso em APS deve se pautar por uma abordagem diagnóstica focada na multidimensionalidade, englobando as questões relacionadas ao ambiente, como o local onde o usuário reside, o acesso à atenção, à saúde e a qualidade das relações estabelecidas com a equipe de saúde. Tendo como objetivos o atendimento aos idosos com 60 anos ou mais na APS, que pertencem à população adscrita da ESF:

- promover o envelhecimento ativo e saudável;
- estruturar a atenção à pessoa idosa, garantindo a integralidade do atendimento;
- monitorar o processo de envelhecimento;
- identificar fatores de risco para doenças e agravos;
- envolver a família e a comunidade no cuidado aos idosos;
- identificar e promover os fatores de proteção e recuperação da saúde;
- melhoria da qualidade de vida do idoso;
- promover a avaliação multidimensional do idoso. (SOUZA, 2011, p. 199).

A avaliação para o atendimento com relação ao risco e a demanda segue os protocolos dos cadernos de atenção à saúde do idoso e considera-se a identificação do perfil de fragilidade que considera a idade acima de 80 anos, ou acima de 60 em que apresentem mais de cinco patologias diagnosticadas, mobilidade reduzida, dependências de atividades cotidianas básicas, comprometimento cognitivo, histórico de internações hospitalares, dentre outros. Isto é, fragilizações que acabam resultando na progressiva diminuição da capacidade funcional, deixando a autonomia e a independência dos idosos reduzidas. Essa avaliação funcional possibilita a hierarquização dos fatores de risco em níveis de risco, sendo: “risco 0 → risco habitual: ações de acompanhamento, promoção e prevenção em atendimentos programados; risco 2 → alto risco: atendimento imediato e ágil para manejo das necessidades identificadas” (SOUZA, 2011, p. 199).

A saúde do idoso é fragilizada e precisa ser considerada dentro de um contexto global, assim além da avaliação funcional, da identificação dos fatores de risco para a demanda de atendimento é preciso considerar: a promoção e a prevenção de riscos; a questão das imunizações; a avaliação nutricional; a saúde bucal do idoso (SOUZA, 2011).

Outro ponto importante a ser considerado é atuação do núcleo de apoio à saúde da família (NASF). Este núcleo deve compor uma equipe com profissionais de áreas do conhecimento diversas: nutricionista, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, educador físico, dentre outros, que fornecem o suporte inserção da estratégia da ESF na rede serviços, promovendo a ampliação da atenção direcionada à saúde do idoso, possibilitando o aumento das resoluções demandadas na APS por intermédio do matriciamento e intervenções básicas de saúde (BRASIL, 2014).

Lembrando que o NASF, não é a porta de entrada para os atendimentos, sendo criado por meio da Portaria n. 154/2008, como um plano de ampliação da multiplicidade e do alcance das ações executadas pela estratégia saúde da família. Outra atribuição do NASF é propiciar melhorias na assistência à população, a partir da produção de novos conhecimentos e o aumento da clínica, contando com nove áreas estratégicas, dentre elas: assistência farmacêutica; atividade física/ atividades corporais; práticas integrativas e complementares, se configurando como uma ferramenta essencial no cenário brasileiro na atenção primária (BRASIL, 2008).

Conforme orientações do MS (2014), a NASF deve compor em sua equipe profissional de diferentes áreas do conhecimento que atuaram juntamente com profissionais das equipes de saúde da família, compartilhando e subsidiando práticas em saúde nos territórios de atendimento dessas equipes, dando suporte na discussão dos casos, na atenção compartilhada e na elaboração conjunta de projetos terapêuticos, visando o fortalecimento comunitário e a promoção da saúde (BRASIL, 2014).

Segundo protocolo do ministério da saúde para a HAS e DM, a prevenção se constitui no modo mais eficiente e barato, além de gratificante para os agravos decorrentes das complicações ocasionados por estas doenças, especialmente, na população idosa. Sendo imprescindível englobar, além da educação para a saúde, a reorganização das comunidades e da rede básica. Tarefa esta de competência da equipe da saúde na prevenção dessas doenças e das suas proáveis complicações, devendo ser priorizados o controle de agravos como: a obesidade, tabagismo,

sedentarismo, o consumo de sal e de bebidas alcoólicas, enfatizando o estímulo à alimentação e estilos de vida mais saudáveis (BRASIL, 2001).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

REFERÊNCIAS

ABNT. **NBR 9050**: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 2. ed. Rio de Janeiro, 2004. 97 p

AMORIM, C. C.; PESSOA, F. S. (Orgs.). **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**: políticas, programas e rede de atenção à saúde do idoso. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA - São Luís, 2014.

BERNARDES, J. R.; CALVENTES, M. C. M. H. **Imigração japonesa e agricultura: ênfase na imigração de japoneses e descendentes no município de Assaí – PR**. Geografia (Londrina), v. 21, n. 2.p.45-64, maio/ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p.: il. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). v. 1. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.Pdf. Acesso em: 28 out. 2020.

_____. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.528, de 19 de Outubro de 2006**. Política Nacional da Pessoa Idosa. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 23 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica nº 19. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1728/1/Mod10.Un1.pdf>. Acesso: 23 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM)**: protocolo – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p. (Cadernos de atenção Básica, 7).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88-93

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos), (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf> . Acesso em: 26 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf . Acesso em: 25 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Segurança Executiva. **Programa de agentes comunitários de saúde (PACS)**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 40p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf> . Acesso em: 25 out. 2020.

CAMPOLINA, A. G. *et al.* **A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa**: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. Cadernos de Saúde Pública, 2013, vol.29, n.6, pp.1217-1229. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a18v29n6.pdf> . Acesso em: 25 out. 2020.

FARIA, R.M. **A territorialização da atenção básica à saúde do sistema único de saúde do Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva, mai., 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-territorializacao-da-atencao-basica-a-saude-do-sistema-unico-de-saude-do-brasil/17225?id=17225> . Acesso em: 28 out. 2020.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* **Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros**: desigualdades individuais e contextuais. Ciência e Saúde Coletiva, 2018, vol. 23, nº 11, pp. 3829-3840. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3829.pdf> . Acesso em: 23 out. 2020.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* **Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle**. Cadernos de Saúde Pública 2010, vol. 26, nº 1, pp.175-184. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v26n1/18.pdf>. Acesso em: 23 out. 2020.

IBGE. **Assaí**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/assai/panorama>. Acesso: 23 set. 2020.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Acesso em: 22 out. 2020.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento**. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 24 out. 2020.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade - 1980–2050**. Rio de Janeiro: IBGE, DEPIS; 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> . Acesso em: 22 out. 2020.

ISER, B. P. M. *et al.* **Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2015, vol. 24, nº 2, pp. 305-314. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00305.pdf>. Acesso em: 24 out. 2020.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento**. Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. 2003, vol.12, n.4, pp.189-201. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>. Acesso em: 20 out. 2020.

LIMA-COSTA, M. F. *et al.* **Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008)**. Ciência Saúde Coletiva 2011, vol. 16, nº 9, pp. 3689-96. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001000006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 out. 2020.

MALTA, D. C. *et al.* **A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional da Saúde, 2013**. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2015, vol.18, supl. 2, pp.3-16.

MALTA, D. C. *et al.* **Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011**. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília, out-dez, 2014, vol. 23, nº 4, pp. 599-608, out-dez 2014. <https://www.scielo.br/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00599.pdf>. Acesso em: 25 out. 2020.

NASRI, F. **O envelhecimento populacional no Brasil**. Einstein. 2008, vol. 6, supl. 1, pp. 4-6. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/promocao_saude_qualidade_vida_idosos.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

NETO, M. M. (Org.). **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000, 44 p.

OLIVEIRA, J. E. P.; VENCIO, S. (Orgs.). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)** - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>. Acesso em: 23 out. 2020.

PARANÁ, Governo do Estado. **Prefeitura de Assaí**. Disponível em: <https://www.assai.pr.gov.br/sobre>. Acesso em: 22 set. 2020.

PERES, C. R. F. B. *et al.* **O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe**: facilidades e dificuldades. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2011, vol. 45, nº 4, pp. 905-911. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a16.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020

PRADO, M. A. M. B.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A. **Diabetes em idosos: uso de medicamentos e risco de interação medicamentosa**. Ciência e Saúde Coletiva, 2016, vol. 21, nº 11, pp. 3447- 3458. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n11/1413-8123-csc-21-11-3447.pdf> Acesso em: 23 out. 2020.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. **Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises**. Psicologia Ciência e Profissão, Dez 2003, vol.23, no.4, p.64-73.

SHAW, J. E.; SICREE, R. A.; ZIMMET, P.Z. **Estimativas globais da prevalência da diabetes para 2010 e 2030**. Diabetes Res Clin Pract , 2010, vol. 87, nº 1, pp. 4-14. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19896746/>, Acesso em: 23 out. 2020.

SOUZA, D. M. M. (Org.). **A Prática diária na Estratégia Saúde da Família**. Juiz de Fora: UFJF, 2011. 462 p. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/11/A-pr%C3%A1tica-di%C3%A1ria-na-estrat%C3%A9gia-Sa%C3%BAde-da-Fam%C3%ADlia.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

TOLDRÁ, R. S. *et al.* Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais. O Mundo da Saúde, São Paulo – 2014, vol. 38, nº 2, pp. 159-168. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/promocao_saude_qualidade_vida_idosos.pdf. Acesso em: 24 out. 2020.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. **Transição demográfica: a experiência brasileira**. Epidemiologia e Serviço de Saúde 2012, vol. 21, nº 4, pp. 539-48. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003. Acesso em: 24 out. 2020.

VECCHIA, R.D. *et al.* **Qualidade de vida na terceira idade**: um conceito subjetivo. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2005, vol. 8, nº 3, pp. 246-52 . Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n3/06.pdf>. Acesso em: 23 out. 2020.

VITOI, N. C. *et al.* **Prevalência e fatores associados ao diabetes em idosos no município de Viçosa, Minas Gerais**. Revista Brasileira de Epidemiologia, out-dez 2015, vol. 18, nº 4, pp. 953-965. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n4/1980-5497-rbepid-18-04-00953.pdf> . Acesso em: 24 out. 2020.

WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. **Assaí**. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Assa%C3%AD>. Acesso em: 22 set.2020.