

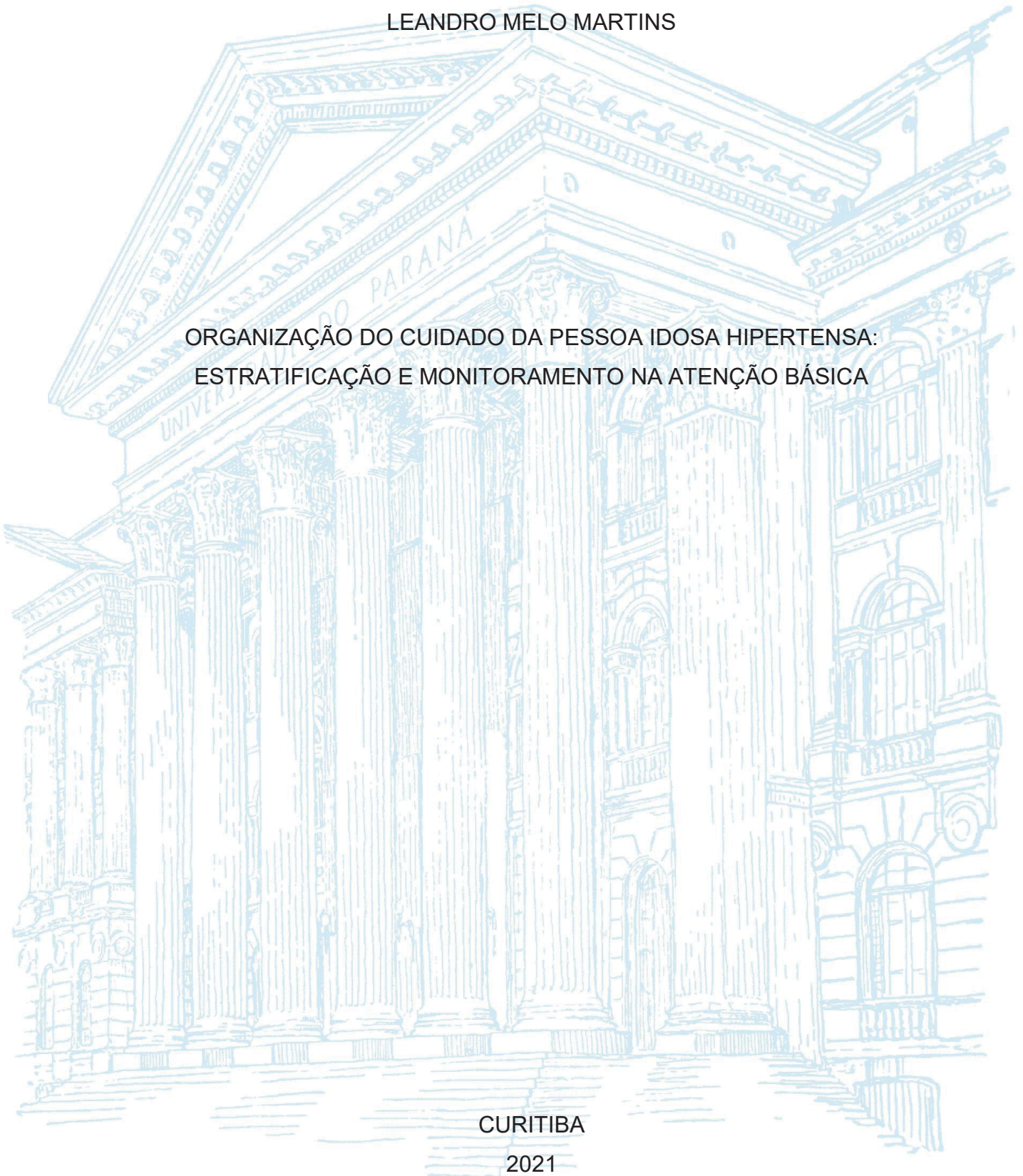
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LEANDRO MELO MARTINS

ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA HIPERTENSA:
ESTRATIFICAÇÃO E MONITORAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

CURITIBA

2021



LEANDRO MELO MARTINS

ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA HIPERTENSA:
ESTRATIFICAÇÃO E MONITORAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Ma. Andréia Assmann Petres

CURITIBA

2021

Dedico este trabalho a Deus por guiar o meu caminho.

AGRADECIMENTOS

À orientadora, pela ajuda e suporte em todas as etapas deste trabalho. Aos profissionais envolvidos com o projeto de intervenção. E a Deus, por estar comigo em todos os momentos dirigindo a minha vida e possibilitando a realização deste grande desafio.

Nossas dúvidas são traidoras e nos fazem perder o que, com frequência, poderíamos ganhar, por simples medo de arriscar.

. (William Shakespeare)

RESUMO

O plano de Intervenção que trata do “Organização do Cuidado da Pessoa Idosa Hipertensa e Estratificação e Monitoramento na Atenção Básica” tal tema” é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da Universidade Federal do Paraná, financiado pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. A Atenção Primária é a coordenadora e ordenadora do cuidado em todos os ciclos de vida, com o idoso, ela assume um papel extremamente relevante na estratificação de risco e, conseqüentemente, no reconhecimento daquele que necessita de atenção diferenciada. Considerou-se importante realizar um trabalho de monitoramento para dos idosos da área de abrangência, especialmente àqueles que possuem hipertensão arterial, pois as doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no Brasil e a hipertensão arterial está entre os seus principais fatores de risco. O objetivo deste trabalho pretende desenvolver um plano voltado às necessidades da população idosa da área de abrangência da UBS de Fluvópolis direcionando à estratificação e monitoramento da hipertensão arterial.

Assim implantando e ampliando as estratificações com intuito de identificar fatores de risco e assim reduzir as complicações por hipertensão arterial sistêmica nos idosos da área de abrangência, realizar o monitoramento da pessoa idosa com hipertensão por meio do grupo de idosos, visitas domiciliares conjugadas com os devidos cuidados devido à pandemia, inserir a participação multiprofissional do Núcleo de Atenção Básica, como Nutricionista, Psicólogo e Assistente Social.

Foi identificar os fatores que influenciam no monitoramento e realizando busca ativa para realizar o controle e realizar tratamento da hipertensão arterial em pacientes idosos hipertensos da área de abrangência. Buscando nos dados do programa próprio do município não tínhamos todos os idosos cadastrados na UBS. Toda a equipe esteve presente no trabalho realizado, mesmo na época de pandemia. Realizou-se ações preventivas para melhorar a qualidade de vida e proporcionar o conhecimento para toda família da pessoa idosa. Os grupos pequenos de pessoas e com todo cuidado necessário. A equipe não utilizava a IVSF 20 e não tinha plano de cuidado para os usuários idosos. O objetivo é dar continuidade no planejamento de organizar o acolhimento e o cuidado com a saúde da pessoa idosa.

. Os resultados apontaram que os principais fatores que dificultam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo incluíram a falta de conhecimento das medicações, acesso à UBS, cultura, falta de busca ativa e cadastro dos idosos hipertensos e monitoramento, medo dos efeitos colaterais causados pelo medicamentos, além da falta de dieta equilibrada, sedentarismo, etilismo, tabagismo, abandono familiar, deficiências físicas, mentais e os fatores emocionais. Foi plenamente atingido o objetivo de se realizar as estratificações em todos os idosos cadastrados na UBS com intuito de identificar fatores de risco e assim reduzir as complicações por hipertensão arterial sistêmica nos idosos da área de abrangência.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Hipertensão Arterial. Atenção Básica. Cooperação e Adesão Terapêutica. Envelhecimento Saudável.

ABSTRACT

The Intervention plan that deals with the "Organization of the Care of the Elderly Hypertensive Person and Stratification and Monitoring in Primary Care" such theme is a result of the Specialization Course in Primary Care at the Federal University of Paraná, funded by the Open University of the Unified System of Health. Primary Care is the coordinator and organizer of care in all life cycles, with the elderly, it plays an extremely important role in risk stratification and, consequently, in the recognition of those who need special care. It was considered important to carry out a monitoring work for the elderly in the coverage area, especially those with arterial hypertension, as cardiovascular diseases are the main cause of mortality in Brazil and arterial hypertension is among its main risk factors. The objective of this work is to develop a plan aimed at the needs of the elderly population in the area covered by the UBS in Fluvópolis, directing the stratification and monitoring of arterial hypertension.

Thus, implementing and expanding the stratifications in order to identify risk factors and thus reduce complications from systemic arterial hypertension in the elderly in the catchment area, monitor the elderly person with hypertension through the elderly group, home visits in conjunction with the appropriate care due to the pandemic, include the multidisciplinary participation of the Primary Care Center, such as Nutritionist, Psychologist and Social Worker.

It was to identify the factors that influence monitoring and performing an active search to control and treat hypertension in elderly hypertensive patients in the coverage area. Looking at the data from the municipality's own program, we did not have all the elderly people registered at the UBS. The entire team was present in the work carried out, even during the pandemic. Preventive actions were carried out to improve the quality of life and provide knowledge to the entire family of the elderly person. Small groups of people and with all the necessary care. The team did not use the IVSF 20 and had no care plan for elderly users. The objective is to continue the planning to organize the reception and health care of the elderly.

The results showed that the main factors that hinder adherence to antihypertensive treatment included lack of knowledge of medications, access to UBS, culture, lack of active search and registration of elderly hypertensives and monitoring, fear of side effects caused by the medications, in addition to the lack of

balanced diet, sedentary lifestyle, alcoholism, smoking, family abandonment, physical and mental deficiencies and emotional factors. The objective of performing the stratifications in all elderly registered at the UBS was fully achieved in order to identify risk factors and thus reduce complications from systemic arterial hypertension in the elderly in the coverage area.

Keywords: Elderly Health. Arterial hypertension. Primary Care. Cooperation and Therapeutic Adherence. Healthy Aging.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| FIGURA 1 – PIRÂMIDE POPULACIONAL..... | 33 |
| FIGURA 2 – TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA - POPULAÇÃO IDOSA..... | 34 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| QUADRO 1 – QUADRO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH-M) – MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS DO SUL-PR. | 14 |
| QUADRO 2 – MATRÍCULAS E TAXA DE ALFABETIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS DO SUL-PR | 14 |
| QUADRO 3 - QUADRO GRAU DE RISCO DA PESSOA IDOSA - CARACTERÍSTICAS DO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO- FUNCIONAL – 20 (IVCF20)..... | 34 |
| QUADRO 4 – QUADRO : ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL - 20 (IVCF-20)..... | |
| Error! Bookmark not defined. | |
| QUADRO 5 – QUADRO DE AMPLIAÇÕES NO MONITORAMENTO DA PESSOA IDOSA COM HIPERTENÇÃO-MONITORAMENTO E AÇÕES DO PLANEJAMENTO. | 28 |
| QUADRO 6 – APLICAÇÕES DO PLANEAMENTO - PLANO OPERATIVO..... | 29 |
| QUADRO 7 - METAS DE PA PARA IDOSOS DE ACORDO COM CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL | 43 |
| QUADRO 8 - APLICAÇÕES DE AÇÕES - OBJETIVO E ESTRATÉGIA..... | 47 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| TABELA 1 – COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA DO PARANÁ, POR SEXO E FAIXA ETÁRIA. CENSO 2010 | 34 |
| TABELA 2 - PREVALÊNCIA E NÚMERO DE PESSOAS COM 60 ANOS OU MAIS COM HIPERTENSÃO NO BRASIL, NOS ANOS 2008 e 2020..... | 41 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|-------|---|
| ACS | - Agente Comunitário de Saúde |
| ASB | - Auxiliar de Saúde Bucal |
| CD | - Cirurgião Dentista |
| ESB | - Equipe Saúde Bucal |
| ESF | - Estratégia Saúde da Família |
| IBGE | - Inst. Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MS | - Ministério da Saúde |
| PA | - Pressão Arterial |
| PSF | - Programa de Saúde da Família |
| SISAB | - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. |
| SUS | - Sistema Único de Saúde |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.1 | JUSTIFICATIVA..... | 19 |
| 1.2 | OBJETIVOS..... | 20 |
| 1.2.1 | Objetivo geral..... | 21 |
| 1.2.2 | Objetivos específicos..... | 21 |
| 2 | MÉTODO | 22 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA..... | 30 |
| 3.1 | POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO IDOSO NO BRASIL..... | 30 |
| 3.2 | DADOS SOBRE O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO..... | 33 |
| 3.3 | ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO..... | |
| | BÁSICA..... | 36 |
| 3.3.1. | CUIDADOS COM A PESSOA IDOSA HIPERTENSA NA ATENÇÃO | |
| | BÁSICA..... | 41 |
| 4 | APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS | 47 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 53 |
| 5.1 | RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS..... | 53 |
| | REFERÊNCIAS | 55 |

1 INTRODUÇÃO

O município de São Mateus do Sul fica a 156 km da capital do Estado do Paraná, conta com uma população estimada de 46.705 habitantes em 2020 (IBGE), e tem como municípios limítrofes, Antônio Olinto, São João do Triunfo e Canoinhas.

São Mateus do Sul se situa a 34 km ao Norte-Leste de Canoinhas a maior cidade nos arredores. O povoado de São Mateus do Sul surgiu como pouso e setor de apoio às bandeiras militares lançados pelo governador da capitania de São Paulo, Dom Luiz de Souza Botelho e Mourão, com o objetivo da conquista de Guarapuava (IBGE 2010 estimativa para 2020; WIKIPEDIA, ANO 2021.)

No início a economia da colônia baseava-se na agricultura e no extrativismo, principalmente da madeira e erva-mate, principais riquezas da região. Com o advento da navegação a vapor no Rio Iguaçu, São Mateus transformou-se no mais importante porto e centro comercial da região. Foi transformado em município em 1908, pela lei 763 do dia dois de abril, tendo sua instalação oficial se efetuado no dia 21 de setembro do mesmo ano. A partir de 1943, por Decreto Estadual, o município passou a chamar-se São Mateus do Sul, (PREFEITURA DE SÃO MATEUS DO SUL, 2021).

Quando a Petrobrás decidiu implantar uma usina experimental para o aproveitamento do xisto existente no município, esta exploração industrial concedeu a São Mateus do Sul um grande impulso em seu desenvolvimento industrial.

São Mateus do Sul conta hoje com mais de 40 mil habitantes, a maioria descendente dos imigrantes poloneses do século XIX, sendo um dos 40 municípios mais populosos do Estado. Os dados do município de São Mateus do Sul foram através dos dados do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES, 2010) pode-se verificar que área rural é maior que área urbana no Município de São Mateus do Sul.

O município se estende por 1 342,6 km² a densidade demográfica é de 34,5 habitantes por km² no território do município. Apresenta 59.2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 87.8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 18.3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2010).

Relatando sobre a população censitária do município, segundo tipo de domicílio e sexo, informações referentes 2010 (IBGE), área urbano, sexo masculino

total de 12.608, sexo feminino total de 13.098, área rural, sexo masculino 8.173, total de sexo feminino 7.378. Conforme Quadro 01, observam-se os Índices de Desenvolvimento Humano e de Gini.

QUADRO 1- ÍNDICES DO MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS DO SUL-PR.

| ÍNDICES | MUNICÍPIO |
|--|-----------|
| Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) | 0,719 |
| Índice de Gini da Renda Domiciliar <i>Per Capita</i> | 0,5093 |

FONTE: PNUD/IPEA/FJP apud IBGE (2010)

No município tem associação de moradores em cada bairro, em alguns tem representantes no Conselho de Saúde, também realizam reuniões mensais aberto para toda população. A rede de educação do município é atualmente composta com 8 Escolas Estaduais, 24 Escolas Municipais e 11 CMEIS. No quadro 02 observam-se as matrículas e a taxa de alfabetização no município.

QUADRO 2- EDUCAÇÃO – MATRÍCULAS E TAXA DE ALFABETIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS DO SUL-PR

| EDUCAÇÃO | FONTE | DATA | MUNICÍPIO |
|---|----------|------|-----------|
| Matrículas na Educação Básica (alunos) | MEC/INEP | 2020 | 9.674 |
| Matrículas na Creche (alunos) | MEC/INEP | 2020 | 866 |
| Matrículas na Pré-escola (alunos) | MEC/INEP | 2020 | 1.177 |
| Matrículas no Ensino Fundamental (alunos) | MEC/INEP | 2020 | 5.239 |
| Matrículas no Ensino Médio (alunos) | MEC/INEP | 2020 | 1.748 |
| Matrículas na Educação Profissional (alunos) | MEC/INEP | 2020 | 809 |
| Matrículas na Educação Especial - Classes Exklusivas (alunos) | MEC/INEP | 2020 | 140 |
| Matrículas na Educação de Jovens e Adultos (EJA) (alunos) | MEC/INEP | 2020 | 404 |
| Matrículas na Educação Superior Presencial (alunos) | MEC/INEP | 2019 | 60 |
| Matrículas na Educação Superior a Distância (alunos) | MEC/INEP | 2019 | 1.139 |
| Taxa de Analfabetismo de 15 anos ou mais (%) | IBGE | 2010 | 3,84 |

FONTE: IPARDES - Nova metodologia (2010).

A organização da rede de atenção à saúde funciona conforme orientado pela 6ª Regional de Saúde e pela SESA (Secretaria Estadual de Saúde) programas governamentais relacionados à atenção básica, sendo um deles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) tem quatro equipes com adesão no PMAQ, 01 Centro de Psicossocial (CAPS), Centro de Referência especialidade em Assistente (CREAS), Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Núcleo de Atenção Básica (NAB), seis Estratégia Saúde da Família cada equipe são composta(médico, enfermeira, agente comunitária de saúde, técnica de enfermagem, auxiliar de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, auxiliar de serviços gerais e recepcionista), vinte e duas Unidades de Saúde, as equipes são compostas(médico, técnica de enfermagem, auxiliar de serviço geral e agente comunitária) e um Hospital Filantrópico. No município não tem UPA, mas foi implantado o SAMU que atende os municípios vizinhos.

Tem no momento seis equipes ESF no município e duas delas é na zona rural, mas já foi enviado documento solicitando adesão de três UBS, para ser transformada em ESF, pois a cobertura é no momento 66%, sendo que a comunidade restante é atendida no Centro da cidade no Ambulatório Médico e mais uma localidade com atendimento de UBS. O tratamento realizado fora do município no qual os usuários são levados gratuitamente para os Hospitais e para as clínicas de referência para realizar o tratamento.

Na área de abrangência aonde atuo, na Estratégia da Saúde da Família (ESF) de Fluvópolis localizada na zona rural, com cinco UBS satélite vinculada, (UBS Colônia Eufrozina, UBS Barra do Potinga, UBS Fartura do Potinga, UBS Pontilhão, UBS Emboque e ESF Fluvópolis).

A equipe é composta por dois médicos, uma enfermeira, seis ACS, uma auxiliar de enfermagem, uma técnica de enfermagem, 3(três) auxiliares de serviços gerais. O autor deste trabalho atende quatro das seis unidades e todas são afastadas e bem longe uma da outra, portanto isso é um fator limitante ao deslocamento da equipe 27 min (28,4 km) via BR-476.

Conta com aproximadamente 4000 moradores, de acordo com aos usuários cadastrados na UBS, pois ainda temos área descoberta por ACS, mas está sendo organizado mutirão para fazer o cadastramento das UBS satélite. De

aproximadamente 4000 habitantes, mas no momento temos 2193 usuários cadastrados e acompanhados pelas ACS, sendo assim como proporção de gênero são 1116 homens e 1077 mulheres, distribuídos em 234 crianças na faixa etária de (0 aos 9 anos), 298 pré-adolescente e adolescente (10 aos 19 anos), 1.213 adultos (20 aos 59 anos) e 448 idosos (60 aos 80 anos ou mais) na área de abrangência. A Distribuição da população por moradia compõe-se de aproximadamente 63 % na área urbana e 38% na área rural.

Na localidade da área de abrangência temos uma Escola Estadual e duas Escolas Municipais, aonde se realiza o trabalho de prevenção em conjunto com a Secretaria de Educação as escolas estão aderidas no Programa Saúde na Escola, assim é realizado as 14 ações preventivas conforme o cronograma do projeto.

Observa-se as vulnerabilidades mais visíveis no âmbito das famílias da comunidade revelam-se em desemprego, baixa renda, baixa escolaridade, habitação inadequada muitas famílias sem saneamento básico e as principais potencialidades notadas e a agricultura principalmente a plantação de erva mate.

A família da zona rural tem uma associação de agricultores aonde todos conseguem melhorar sua renda através de Feiras realizadas no centro da cidade. No município não tem Faculdade, mas os jovens trabalham na cidade local e a noite se deslocam para as cidades vizinhas para realizar os estudos na Faculdade.

As informações da taxa de mortalidade referente ao município foram no ano 2019 Taxa de Mortalidade, de acordo com Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) na população em geral foram registrados total de óbitos, em determinado período, pela população/taxa de mortalidade geral 168 óbitos por 1000 habitantes. Dentre as 5 causas de mortalidade na comunidade foram, 85 doenças do aparelho circulatório, 55 Neoplasias (tumores), 32 doenças do aparelho respiratório, 29 Causas externas de morbidade, 16 Doenças do aparelho digestivo e 11 de doenças endócrinas nutricionais e metabólicas.

Referente à taxa de mortalidade Infantil o valor é de 5,18 óbitos por mil nascidos vivos, Taxa de Mortalidade em Menores de 5 anos (IBGE, 2019). A respeito da mortalidade materna, teve um caso em 2019, na qual a mãe cardiopata optou em ter o bebê.

Os dados do município referente ao diagnóstico epidemiológico em números absolutos quanto aos casos de sífilis congênita foram 5 casos no

município referente ao ano 2020, número de atendimentos no município em 2020 teve 85.408 consultas médicas e 807 consultas equivalente 0,94% (PRIMÁRIA) dos usuários atendidos com prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), e hipertensão secundária, total de usuários atendidos foram 333 equivalentes 0,39 %(SECUNDÁRIA). No ano 2019 foram registrados 6 casos de Tuberculose e não houve casos de dengue e sarampo notificados.

A cobertura vacinal de rotina de crianças menores de 1 ano é de 75% da meta alcançada, conforme dado avaliação e indicador da pactuação referente ao ano 2019.

Através do relatório MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família, obteve-se o relatório de Pré-Natal na AB, no ano de 2020, o indicador utilizado foi o número de consultas de pré-natal por gestante no município de São Mateus do Sul, assim consta no sistema próprio do município (Consulfarma), referente ao ano 2020 se teve o total de 999 gestantes, e 30% tiveram 7 (sete) ou mais consultas durante o pré-natal.

Conforme retirado relatório próprio do município Consulfarma, as 5 (cinco) queixas mais comuns que levaram a população a procurar a unidade de saúde no mês de outubro de 2020, foram 99 usuários procuraram para emissão de prescrição de repetição do grupo de risco, 11 com dor lombar, 9 com hipertensão essencial (primária), 9 com supervisão de gravidez normal e 8 para mostrar exame de rotina de saúde da criança referente ao mês de outubro de 2020. Referente ao atendimento de usuários com doença crônica foram atendidos 99 usuários.

Uns dos indicadores é a vacinação em crianças menores de 2 anos de vida meta atingida somente 75%, sendo baixa, já quanto os casos de hanseníase no município teve nesses dois últimos anos 3 (três) e AIDS teve 1 caso em menores de 5 anos (usuário não é são-mateuense) são monitorados pelo setor de Epidemiologia e pela Assistente Social. Muito importante também é o exame citopatológico em mulheres 25 anos a 64 anos, sendo realizada campanha não só no "Outubro Rosa" mas sim diariamente e as solicitações e realizações de mamografia de mulheres com idade preconizada pelo Ministério da Saúde de 50 a 69 anos, foram contabilizados no sistema próprio do município (Consulfarma), referente ao ano de 2019 e 2020, total de 327 solicitações de mamografias na idade preconizada.

No município 35% dos partos realizados referente ao ano 2020 são cesarianas conforme repassado pela Coordenação da Atenção Básica sendo que existe projeto para incentivar as futuras mães para realizar o parto normal.

Na área de abrangência aonde o autor atua, pode-se observar através do relatório de cadastro individual e familiar o perfil epidemiológico. Encontra-se a necessidade de trabalhar e priorizar alguns fatores de risco (criança com baixo peso ou obeso) e o grupo de risco (gestante, hipertenso, diabético e idosos). Relata-se também que ainda existem muitas famílias vivendo em situação precária. As famílias ainda são numerosas e as casas não tem tamanho para uma família viver com um mínimo de conforto. Também na área da saúde a maioria dos atendimentos foi renovação de receita para doenças crônicas.

As informações epidemiológicas são repassadas através de reuniões com a Coordenadora do NAB com a participação das Enfermeiras vinculadas com as UBS. Após, realiza-se reunião com a equipe, na primeira terça feira do mês, aonde são repassadas as metas atingidas e não alcançadas, construído um cronograma das atividades da equipe e organizado as agendas para priorizar a demanda reprimida e fazer busca ativa nas prioridades.

Através das informações epidemiológicas é priorizado as ações de promoção e prevenção, busca também realizar as ações de recuperação e de proteção à saúde. Nos grupos de risco referente ao ano 2020, temos um total aproximadamente de 448 idosos cadastrados e que participam do Grupo Hiperdia, aonde além de ser entregue os medicamentos, também se realiza estratificação de risco da pessoa idosa, palestra multiprofissional com apoio do NAB e por fim, cronograma para os profissionais (Assistente Social, Nutricionista, Fisioterapeuta e Técnica de Saúde Bucal).

Foram identificados alguns problemas como aspecto físico das UBS (manutenção e ampliação), pois várias UBS estão com estrutura muito precária e com falta de salas; o segundo problema é a falta de profissionais multiprofissionais na UBS (como Odontologia), muitos usuários não tem condições de realizar o tratamento particular, sendo que por meio das consultas médicas se observa a precária higiene bucal e há o direcionamento ao usuário procurar um Cirurgião Dentista. Além disso no NAB, (Psicóloga e Nutricionista) são profissionais que faz muita falta para os atendimentos na UBS, após as consultas dos usuários, não

temos aonde direcionar para consultar com essas duas categorias, fazendo muita falta para dar continuidade do tratamento. Conseguimos identificar que uns dos problemas encontrados era a falta de cadastramento de todos os idosos da área de abrangência, pois não eram acompanhados e estratificados, com isso não tínhamos também quantos idosos que precisam realmente ser acompanhados.

1.1 JUSTIFICATIVA

Durante o curso o problema identificado e que toda a equipe poderia intervir se voltou para a estratificação da pessoa idosa e assim melhorando a sua saúde como um todo. Toda equipe pode interagir junto à equipe multiprofissional.

Através de reuniões e atendimentos dos usuários pode-se verificar que estratificar e identificar todos os idosos da área de abrangência se faz necessário para melhorar o monitoramento, acolhimento e a saúde da pessoa idosa, conforme a Linha Guia do Idoso e o caderno 9 do APSUS, referente à saúde da pessoa idosa.

A Rede de Atenção Integral à Saúde do Idoso do Paraná é uma resposta a este novo momento demográfico e foi elaborada em consonância com as mais recentes recomendações da sociedade científica das áreas de geriatria e gerontologia para dar subsídios de atuação às equipes de saúde do Paraná, com intuito de garantir aos cidadãos paranaenses a oportunidade de envelhecimento ativo e saudável com qualidade de vida, autonomia e independência (PARANÁ, 2018a).

De acordo com Pessoa, Santos e Torres (2011), um plano terapêutico é o fio condutor para o fluxo da linha do cuidado, que tem por eixo o paciente. Ainda segundo os mesmos autores, esses fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. De acordo com Merhy e Cecílio (2003), construir uma linha de cuidados consiste em entender a produção da saúde de forma sistêmica, com processos dinâmicos focados nas necessidades dos pacientes.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a urgência para mudanças profundas na maneira de formular políticas e prestar serviços às pessoas que

envelhecem, transferindo o objetivo dos sistemas de saúde, hoje centrado no modelo curativo, para a prestação de cuidados integrais, focados nas necessidades das pessoas idosas (PARANÁ, 2018a). A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, promulgada no Brasil, em 2006, estabeleceu seu foco de ação na manutenção da capacidade funcional dos idosos tendo como um de seus eixos norteadores o enfrentamento da fragilidade desse público (PARANÁ, 2018a).

PARANÁ (2018a) destaca que os conceitos e diretrizes que deverão nortear as ações da Rede de Atenção Integral à Saúde do Idoso do Estado do Paraná, ancora-se na identificação precoce da fragilidade e seu manejo através da Avaliação Multidimensional da Saúde do Idoso.

A partir disso, a equipe da Unidade Básica de Fluvópolis chegou à conclusão que não estava sendo realizado como é preconizado pela Secretaria da Saúde do Paraná – SESA trazendo dificuldade de monitoramento e com poucos idosos estratificados.

Dessa forma, compreender-se-á os critérios, o instrumento e a metodologia para a estratificação de risco do idoso e a identificação de idosos vulneráveis na APS, os fundamentos para a elaboração de um plano de cuidado, os dados demográficos e epidemiológicos relacionados à população idosa, os aspectos relevantes relacionados ao envelhecimento e aos fundamentos que norteiam a saúde do idoso como capacidade funcional, autonomia, independência, comorbidades, fragilidade, autocuidado, participação da família no cuidado e o papel idoso na comunidade.

1.2 OBJETIVOS

A equipe já tem conhecimento como é importante realizar a estratificação na saúde do idoso, sendo que houve a capacitação através do APSUS (informações Secretaria de Estado da Saúde do Paraná) na área da Saúde do Idoso na Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, apresentam-se os objetivos deste trabalho.

1.2.1 Objetivo geral

Esse trabalho pretende desenvolver um plano voltado às necessidades da população idosa da área de abrangência da UBS de Fluvópolis direcionando à estratificação e monitoramento da hipertensão arterial.

1.2.2 Objetivos específicos

- Realizar as estratificações com intuito de identificar fatores de risco e assim reduzir as complicações por hipertensão arterial sistêmica nos idosos da área de abrangência;
- Realizar o monitoramento da pessoa idosa com hipertensão por meio do grupo de idosos, visitas domiciliares conjugadas com os devidos cuidados devido à pandemia;
- Inserir a participação multiprofissional do Núcleo de Atenção Básica, como Nutricionista, Psicólogo e Assistente Social.

2. MÉTODO

Este estudo tem a pesquisa-ação como método de trabalho, sendo que

(...) gera não apenas novos conhecimentos, mas constitui novos instrumentos de intervenção terapêutica em que a abordagem coletiva é priorizada. Tais instrumentos de intervenção são gestados já em acordo com os interesses e peculiaridades dos atores locais. Resulta ainda na constituição de novos agentes terapêuticos (profissionais ou não) e na reciclagem e fortalecimento de outros (VASCONCELOS, 2000, P.14).

Esta pesquisa-ação é composta por etapas, as quais estão descritas a seguir:

- **Exploratória**

Na área de abrangência pode-se observar o diagnóstico social e epidemiológico obtido através do relatório de cadastro individual e familiar. O diagnóstico foi amplamente descrito na Introdução.

- **Interesse do tema**

Após reuniões com a Coordenação, Regional de Saúde e equipe sobre a importância da estratificação e monitoramento da pessoa idosa. Verificou-se a importância e a necessidade de ampliar o acolhimento dessa faixa etária.

- **Definição do problema**

Os idosos procuravam apenas para renovar as receitas (cultura antiga) ou algum parente traziam documento a receita antiga para ser renovada. Após as fichas de anamnese e acolhimento podemos verificar a necessidade urgente dessa faixa etária e a doença em si. Observa-se um grande número de idosos com desconhecimento da importância da alimentação saudável e da atividade física para melhorar não só a hipertensão e sim para sua qualidade de vida.

- **Base teórica**

Detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgãos-alvo e/ou complicações crônicas e efetuar tratamento adequado para a HAS e o DM caracteriza-se como um verdadeiro desafio para o Sistema Único de Saúde, as

sociedades científicas e as associações de portadores, pois são situações que necessitam de intervenção imediata pela alta prevalência na população brasileira e pelo grau de incapacidade que provocam (BRASIL, 2021).

A Atenção Primária é a coordenadora e ordenadora do cuidado em todos os ciclos de vida, especificamente com o idoso, assume um papel relevante na estratificação de risco e, conseqüentemente, no reconhecimento daquele que necessita de atenção diferenciada. As intervenções clínicas podem prevenir, curar, controlar, reabilitar ou confortar, dependendo do paciente (SESA-PR, 2014).

- **Elaboração da proposta**

Contempla um plano intervencionista e terá resultado gradualmente após avaliações anteriores. Tem-se como identificar as demandas e a procura excessiva ao médico, pois monitorando as medicações, as ACS realizando suas visitas mensalmente conforme protocolo, os dados serão acompanhados e digitalizados no sistema próprio do município.

A estratificação de risco e grau de fragilidade da saúde do idoso de acordo com escores obtidos com aplicação da planilha apresentada e aplicada do VES 13, aonde é classificado através do grau de fragilidade (baixo –idoso robusto é o idoso capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma., médio-idoso em risco de fragilização, é o idoso capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, mas que, todavia, encontra-se em um estado dinâmico entre senescência e senilidade, resultando na presença de limitações funcionais (declínio funcional iminente), mas sem dependência funcional. Apresenta uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de desfechos adversos, como: evidências de sarcopenia (redução da massa e da força muscular). Risco Alto-idoso frágil, é o idoso com declínio funcional estabelecido e incapaz de gerenciar sua vida em virtude da presença de incapacidades únicas ou múltiplas. O foco das intervenções é a recuperação da autonomia e da independência do indivíduo.

Dos 436 idosos cadastrados 154 foram estratificados com idosos hipertensos, conforme estratificação de risco e grau de fragilidade de acordo com as escores coma aplicação da IVCF 20. Sua aplicação é simples e rápida (5 a 10 minutos), podendo ser utilizado por qualquer profissional de saúde ou até mesmo pelo próprio idoso e seus familiares. Além disso, não é um instrumento “fim”, que

apenas define o grau de vulnerabilidade de um indivíduo idoso, mas, sim, um instrumento “meio”, que indica qual a prioridade no seguimento desse paciente e que pode possibilitar o acompanhamento clínico necessário em um contexto de rede de atenção à saúde do idoso (SESA-PR, 2014, p. 169).

QUADRO 3 ESTRATIFICAÇÃO - GRAU DE RISCO DA PESSOA IDOSA -
CARACTERÍSTICAS DO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL – 20
(IVCF20)

| PONTOS DE CORTE SUGERIDOS | GRAU DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL | PRIORIDADE PARA REALIZAÇÃO DA AMI | AÇÕES |
|---------------------------|---|-----------------------------------|---|
| 0 a 6 pontos | Idoso com BAIXO RISCO de vulnerabilidade clínico-funcional | BAIXA | Acompanhamento rotineiro na APS. Ações promocionais, preventivas e curativas. |
| 7 a 14 pontos | Idoso com MODERADO RISCO de vulnerabilidade clínico-funcional | MÉDIA | Avaliação multidimensional do idoso intermediária – AMIAB na APS. Ações visando recuperar ou manter a funcionalidade. |
| ≥ 15 pontos | Idoso com ALTO RISCO de vulnerabilidade clínico-funcional | ALTA | Avaliação multidimensional do idoso avançada (AMIAS), realizada pela equipe da Atenção Ambulatorial Especializada. Ações para recuperação da autonomia e independência. |

FONTE: Referência 171.SESA –PARANÁ, 2018 a

QUADRO 4 CLINICO –FUNCIONAL: ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL 20 (IVCF-20)

| | | | |
|--|---|--|-----------|
| <p>Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</p> | | | Pontuação |
| IDADE | 1. Qual é a sua idade? | () 60 a 74 anos 0 | |
| | | () 75 a 84 anos 1 | |
| | | () ≥ 85 anos 3 | |
| AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE | 2. Em geral, comparando com outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é: | () Excelente, muito boa ou boa 0 | |
| | | () Regular ou ruim 1 | |
| ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA | <p>AVD INSTRUMENTAL</p> <p><i>Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i></p> | 3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim 4 () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde | |
| | | 4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim 4 () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde | |
| | | 5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? () Sim 4 () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde | |
| AVD BÁSICA | 6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim 6 () Não | MÁXIMO 4 PTS | |

| | | | |
|-------------|--|---|--|
| COGNIÇÃO | | 7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim1 () Não | |
| | | 8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim1 () Não | |
| | | 9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim2 () Não | |
| HUMOR | | 10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim2 () Não | |
| | | 11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? () Sim2 () Não | |
| MOBILIDADE | ALCANCE, PRESSÃO E PINÇA | 12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim1 () Não | |
| | | 13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim1 () Não | |
| | CAPACIDADE AERÓBICA E/OU MUSCULAR | 14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? -Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês () -Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ² () -Circunferência da panturrilha a < 31 cm () -Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () () Sim2 () Não | |
| | | MARCHA | |
| | 16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim2 () Não | | |
| | CONTINÊNCIA ESFINCTERIANA | 17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim2 () Não | |
| COMUNICAÇÃO | VISÃO | 18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. () Sim2 () Não | |

| | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---|--------------|
| | AUDIÇÃO | 19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. () Sim2 () Não | |
| COMORBIDADES MÚLTIPLAS | POLIPATOLOGIA | 20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? -Cinco ou mais doenças crônicas () -Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia () -Internação recente, nos últimos 6 meses () () Sim4 () Não | MÁXIMO 4 PTS |
| | POLIFARMÁCIA | | |
| | INTERNAÇÃO RECENTE (<6 meses) | | |
| Pontuação Final (40 pontos) | | | |

FONTE: SESA-PR, 2014.169

Conforme aplicação do IVCF -20, os agendamentos das consultas de acompanhamento devem ser agendados a primeira consulta de monitoramento deve ser agenda na UBS. Idosos classificados como frágeis e pré-frágeis deverão ser agendados para uma avaliação multidimensional na UBS (Nutricionista, médico e enfermeira). O questionário usado é simples, capaz de avaliar os principais determinantes da saúde das pessoas idosas cada profissional fundamental para melhorar a qualidade de vida do idoso. Conforme a planilha da IVCF 20, a equipe segue a mesma, assim sendo uma consulta anual para os idosos robustos; duas consultas anuais para os idosos em risco de fragilidade; três consultas anuais para os idosos frágeis. Todos os idosos encaminhados deverão portar o plano de cuidados em execução na APS.

Toda a equipe esteve presente no trabalho realizado, mesmo na época de pandemia. Realizou-se ações preventivas para melhorar a qualidade de vida e proporcionar o conhecimento para toda família da pessoa idosa. Os grupos pequenos de pessoas e com todo cuidado necessário. A equipe não utilizava a IVSF 20 e não tinha plano de cuidado para os usuários idosos. O objetivo é dar continuidade no planejamento de organizar o acolhimento e o cuidado com a saúde da pessoa idosa.

Com as ações do planejamento citadas no quadro abaixo, melhorará o ambiente de trabalho para os profissionais e para os usuários, assim com as reformas e ampliações, teremos espaço para realizar as ações coletivas preventivas com salas amplas e ventiladas e com acesso de acessibilidade assim incluir a

pessoa com deficiência na participação de atividades realizando com rampas de acesso para cadeira de rodas e banheiros adaptados para pessoas especiais.

QUADRO 5 – PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DO MONITORAMENTO DA PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO

| Problema priorizado | Ampliações no monitoramento da pessoa idosa com hipertensão. | | | | |
|--|--|---|------------|--------------|-----------------------|
| | Ações | Indicadores | Parâmetros | Finalidade | Momento da Realização |
| 1ª Enviar ofício para o Gestor de Saúde solicitando capacitação para os profissionais. | Ofício enviado à Secretaria de Saúde | Sim: Bom Não: Ruim | Decisão | Ação ex-post | Ação Normativa |
| 2ª realizar busca ativa das pessoas idosas que não estão cadastradas na UBS. | Cadastrar 100% de pessoas idosas da UBS. | Sim: Satisfatório Não: insatisfatório | Decisão | Ação ex-post | Ação Normativa |
| 3ª Realizar agendamento das consultas para avaliação individual. | Percentual de consultas realizadas. | Bom: >60% da população agendada | Decisão | Ação ex-post | Ação Normativa |
| 4ª Encaminhamento para consulta com multiprofissionais. (Se for necessário) | Realizar encaminhamento multiprofissional, se necessário | Sim: Satisfatório Não: Insatisfatório | Decisão | Ação Ex-post | Decisão Normativa. |
| 5ª Realizar monitoramento das pessoas idosas cadastradas na UBS. | Percentual de pessoas idosas monitoradas. | Bom: >90% Ruim: <90% | Decisão | Ação Ex-post | Decisão Normativa. |
| 6ª Classificar os grupos das pessoas idosas cadastradas na UBS. | Realizar a classificação dos idosos | Sim: Bom Não : Ruim | Decisão | Ação Ex-post | Decisão Normativa. |
| 7ª Ampliar os temas das palestras nos grupos das pessoas idosas. Com multiprofissionais; Nutricionista, Educador Físico, Farmacêutico, Enfermeiro e Médico | Total % de palestras realizadas. | Bom: 3 a 5 palestras/ano Ruim: < 3 palestras/ano (por causa da Pandemia, somente foi realizado nos grupos de hipertensos) | Decisão | Ação Ex-post | Decisão Normativa. |

FONTE: O autor (2021).

QUADRO 6: APLICAÇÕES DO PLANEJAMENTO - PLANO OPERATIVO

| Objetivo | Estratégia | Duração | Envolvidos | População alvo/ amostra | Data | Recursos Educacionais utilizados | Locais de divulgação dos recursos educacionais |
|--|---|-------------|---|---|-----------------|--|--|
| Ampliar a estratificação de risco da pessoa idosa. | roda de conversa, palestra, reunião, oficina, workshop. | Curto prazo | Médico Enfermeira ACS | Idosos cadastrados na UBS de abrangência. %De pessoas estratificadas | Dezembro /2020 | Linha Guia da Pessoa Idosa – caderno 9 do APSUS. Planilha de Índice de vulnerabilidade clínico e funcional ÍNDICE 20 (IVCF-20) | UBS Secretaria de Saúde 6ª Regional |
| Implementar ações preventivas | roda de conversa e palestra, | Curto prazo | Médico Enfermeira ACS Multiprofissionais | População pessoa Idosas Nº de participantes. | 1 2 meses | Folder Data show | UBS Secretaria de Saúde 6ª Regional |
| Ampliar monitoramento da pessoa idosa. | roda de conversa, reunião, | Curto prazo | Enfermeira ACS | Idosos cadastrados na UBS de abrangência. %De pessoas monitoradas. | 1 2 meses | Via telefone e busca ativa. | UBS Secretaria de Saúde |

FONTE: O autor (2021).

3. REVISÃO DE LITERATURA

O crescimento da população idosa está aumentando, com isso mudando o perfil demográfico e epidemiológico em todo país. Para melhorar a qualidade de vida e garantir os direitos das pessoas idosas teve muitas alterações nos princípios e diretrizes do SUS.

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO IDOSO NO BRASIL

O envelhecimento da população brasileira impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a sociedade, implicando novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e a atenção domiciliar (OMS, 2002). Associadas a esse quadro, ocorreram mudanças na composição das famílias brasileiras, no papel da mulher no mercado de trabalho, na queda da taxa de fertilidade e na nupcialidade, resultando em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa, dirigidos principalmente às políticas de saúde, da assistência social e da previdência social (OMS, 2002).

O envelhecimento é um direito social e dever do Estado garantir a pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (OMS, 2002).

Para orientar as ações setoriais e intersetoriais no campo do envelhecimento e saúde da pessoa idosa foram elaborados e publicados marcos legais e normativos como a Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, que prevê a garantia dos direitos sociais à pessoa idosa, definida como a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (OMS, 2002).

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou orientações sobre o envelhecimento ativo como diretriz para a política de saúde baseada em três pilares básicos: saúde, participação e segurança.

Em 2003, com a publicação do Estatuto do Idoso por meio da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, considerada uma das maiores conquistas da população idosa brasileira, reafirmaram-se os direitos das pessoas idosas, cabendo à Saúde

garantir atenção integral a essa população, por intermédio do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013). Abaixo alguns artigos que destacam aspectos importantes de proteção a esse público:

Art. 1.º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 2.º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3.º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), criada através da Portaria nº 1395/1999, do Ministério da Saúde visou a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde, a preservação/melhoria/reabilitação da capacidade funcional dos idosos com a finalidade de assegurar-lhes sua permanência no meio e sociedade em que vivem, desempenhando suas atividades de maneira independente. Nesta política estão definidas as diretrizes norteadoras de todas as ações no setor saúde e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance da proposta. Além disso, ela orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar seu desenvolvimento, considerando possíveis ajustes determinados pela prática (BRASIL, 2014).

Na PNSI foram definidas várias diretrizes ainda bem atuais, como a promoção do envelhecimento saudável voltado ao desenvolvimento de ações que orientem a melhoria de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida, a eliminação de comportamentos nocivos à saúde, além de orientação aos idosos e seus familiares quanto aos riscos ambientais favoráveis a quedas. Além disso, menciona a importância da manutenção da capacidade funcional com vistas à prevenção de perdas funcionais, reforço de ações dirigidas para a detecção precoce de enfermidades não transmissíveis, com a introdução de

novas medidas, como antecipação de danos sensoriais, utilização de protocolos para situações de risco de quedas, alteração de humor e perdas cognitivas, prevenção de perdas dentárias e outras afecções da cavidade bucal, prevenção de deficiências nutricionais, avaliação das capacidades e perdas funcionais no ambiente domiciliar e prevenção do isolamento social (BRASIL, 2014).

Em 2006 foi instituída, pela Portaria nº 2528/GM, de 19 de outubro de 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, busca garantir atenção adequada e digna para a população idosa brasileira. Em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS direciona medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde.

Em seu conteúdo a portaria ressalta a atenção aos dois pilares da saúde da pessoa idosa: preservação da autonomia e da independência funcional dessa população.

O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados, (BRASIL, 2014).

(...) o bem-estar é uma percepção pessoal ampla relacionada com os desafios impostos no dia-a-dia, neste sentido as habilidades pessoais do idoso pode influenciar no ajuste aos novos papéis sociais, aos momentos de agravos à saúde, assim como colaborar para a construção de novos propósitos no viver, além da admissão da própria finitude (NERI, 1995, p. 101).

Miranda, Mendes e Silva (2016) declaram que com o envelhecimento da população, o Estado deve estar preparado para o provimento de políticas específicas, para o financiamento de estruturas de apoio, bem como para o monitoramento das suas atividades. Garantindo, assim, uma atenção integral, reconhecendo suas características e especificidades e consagrando sua qualidade de vida.

3.2 DADOS SOBRE O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

Amorim e Pessoa (2014) citam que há estimativa que para o ano de 2050 existam cerca de 2 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2011 há uma projeção de crescimento no número de pessoas com 65 anos ou mais de 524 milhões em 2010 para quase 1,5 bilhão em 2050, com a maior parte delas concentrada nos países em desenvolvimento, resultando numa grande transformação na demografia e na saúde pública (WHO, 2011).

Desde a virada do século XX, o processo conhecido como transição demográfica e epidemiológica vem se traduzindo em mudanças relevantes na demografia dos países, com aumento progressivo da população idosa, constituindo-se em grande desafio para a saúde pública e para os sistemas de saúde mundiais no que se refere a proporcionar um atendimento adequado à população (ZEN et al., 2018).

O Brasil envelhece de forma rápida e existem cerca de 23 milhões de pessoas, totalizando 11,8% da população total do país (IBGE, 2010 apud BRASIL, 2014). A expectativa de vida para a população brasileira aumentou para 74 anos, sendo 77,7 anos para a mulher e 70,6 anos para o homem, e isto representa uma importante conquista social e resulta da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, água encanada, esgoto, aumento da escolaridade, da renda, entre outros determinantes sociais (BRASIL, 2014).

Amorim e Pessoa (2014) citam que segundo as projeções da OMS, no período de 1950 a 2025 o grupo de idosos deverá aumentar 15 vezes em número e o Brasil ocupará, em 2025, o sexto lugar quanto ao contingente de idosos no mundo (BRASIL, 2010 apud AMORIM, PESSOA, 2014).

A transição demográfica brasileira apresenta particularidades como 55,7% de mulheres entre as pessoas idosas e com idade superior a 80 anos, o percentual de mulheres sobe para 61% do contingente de idosos (BRASIL, 2014). A distribuição por critério de cor ou raça demonstra que 55% da população idosa são da cor

branca, 8,6% preta, 35,2% parda, sendo 10.473 milhões (44,5%) com 70 anos ou mais, 5.623 milhões (23,9%) entre 65 e 69 anos e 7.440 milhões (31,6%) entre 60 e 64 anos. E ainda destaca o aumento do número de idosos com mais de 100 anos no Brasil, ficando com 24 mil idosos (IBGE/PNAD, 2011 apud BRASIL, 2014).

Do total da população idosa do Estado do Paraná no ano 2010, 50,36 % é masculina e 49,64 % é feminina, sendo total de idosos de 11,2%. O Estado do Paraná segue o mesmo padrão demográfico do Brasil, com um contingente de 1 170 955 indivíduos, compostos conforme disposto na Tabela 1 (IBGE, 2010 apud PARANÁ, 2018a).

TABELA 1 – COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA DO PARANÁ, POR SEXO E FAIXA ETÁRIA. CENSO 2010.

| FAIXA ETÁRIA | HOMENS | MULHERES |
|---------------------|---------------|-----------------|
| 100 ANOS E + | 313 | 620 |
| 90 A 99 ANOS | 6.218 | 11 |
| 80 A 89 ANOS | 52 475 | 74 437 |
| 70 A 79 ANOS | 163 435 | 194 614 |
| 60 A 69 ANOS | 314 567 | 352 740 |

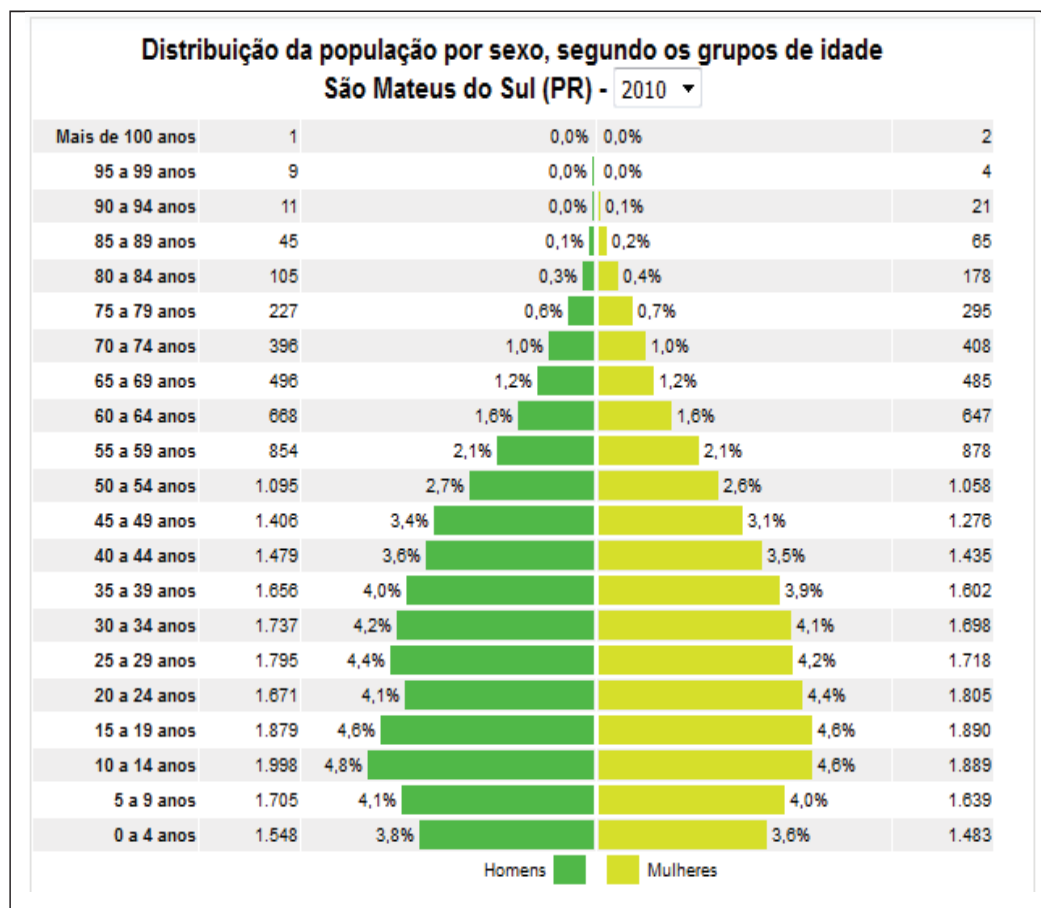
FONTES: IBGE (2010) apud PARANÁ (2018a) adaptado.

Por ocasião da divulgação das referidas projeções para o período 2017-2040, em julho de 2017, o IPARDES preencheu uma lacuna nas projeções para os municípios paranaenses que era disponibilizar, além do total populacional, informações por sexo e faixa etária. Essa publicação teve por base a Projeção Populacional do IBGE, lançada em 2013, que apresentava projeções para o Estado até 2030, complementadas pelo IPARDES para o período 2031-2040 (IPARDES, 2017).

Pela nova projeção populacional do IBGE, a população do Paraná, em 2018, é de 11,3 milhões de habitantes, devendo totalizar 12,5 milhões em 2040, o que significa um incremento de 1,2 milhão de pessoas neste horizonte temporal. Entretanto, seguindo uma tendência que se manifesta desde o início dos anos 2000, as taxas de crescimento da população paranaense tendem a se reduzir nas próximas décadas; de um incremento anual de 0,78%, no período 2010/2020, deverá passar para 0,57% na década seguinte e a 0,28% no período 2030/2040 (IPARDES, 2017).

Conforme a Figura 01, observa-se a distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade de São Mateus do Sul no ano de 2010.

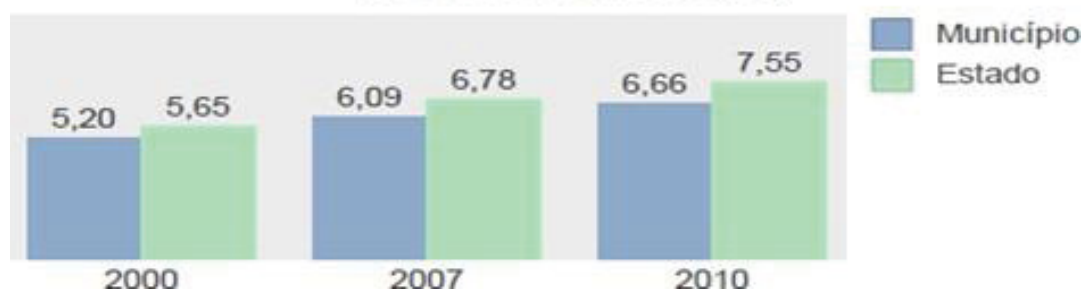
FIGURA 1 – Pirâmide Populacional.



FONTE: IBGE – CENSO DEMOGRÁFICO, ANO 2010.

É importante observar, o crescimento da população idosa, de acordo com a tendência nacional, na modificação do perfil da pirâmide etária. No caso de São Mateus do Sul, praticamente o percentual relacionado a pessoas com mais de 65 anos aumentou, passando de 5,20 % em 2000 para 6,66 % em 2010, conforme Figura 02 (IBGE,2010).

FIGURA 2 – TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA - POPULAÇÃO IDOSA
Taxa de Envelhecimento (%)



FONTE: PMAS-2014-2017.

Miranda, Mendes e Silva (2016) citam que os dados demonstram que a transição demográfica brasileira representa uma conquista e uma responsabilidade para os gestores públicos e para a sociedade, pois é preciso investir para que se fortaleçam a autonomia e promovam a vida saudável dos idosos, assim como garantir uma atenção adequada às suas necessidades. Contudo, os autores declaram que é fundamental direcionar o planejamento das políticas e serviços em virtude do aumento da população idosa até os anos 2050.

3.3 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a urgência para mudanças profundas na maneira de formular políticas e prestar serviços às pessoas que envelhecem, transferindo o objetivo dos sistemas de saúde, hoje centrado no modelo curativo, para a prestação de cuidados integrais, focados nas necessidades das pessoas idosas (PARANÁ, 2018a).

A atenção deve ser baseada nas necessidades da população, centrada no indivíduo, considerando sua integração na família e na comunidade, sendo que as especificidades, heterogeneidade e singularidades da população idosa com suas novas demandas de cuidado devem ser priorizadas na organização e oferta de serviços para a equidade e resolutividade do cuidado (BRASIL, 2014).

Amorim e Pessoa (2014) declaram que a Atenção Básica é responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas da sua área de abrangência, além da importância de sua rede social (familiares, cuidadores). E destacam na qualificação

dos profissionais para estarem preparados para romper com a fragmentação da equipe multiprofissional e para reconhecer a integração entre a rede básica e o sistema de referências. Nesse sentido, com o aumento da expectativa de vida existem novos desafios para a gestão da saúde com o intuito de oferecer alternativas para garantir vida longa e saudável aos idosos, rever práticas profissionais, preparar os serviços de saúde para as novas demandas que surgem e planejar alternativas de atendimento integral à saúde da população idosa (PARANÁ, 2018a).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apontada como o ponto de atenção ideal para prover os contatos regulares, prolongados e contínuos que os idosos necessitam para que se previna ou retarde o surgimento das incapacidades resultantes das condições crônicas de saúde (PARANÁ, 2018a).

O acolhimento e cuidado humanizados da população idosa nos serviços de saúde do SUS, ou seja, não só exercitar a escuta, mas propiciar que está se traduza em responsabilização e resolutividade, o que leva ao acionamento de redes internas, externas e multidisciplinares. O cuidado deve ser orientado a partir da funcionalidade global da pessoa idosa, considerando o risco de fragilidade existente e o seu grau de dependência (capacidade de execução), buscando a autonomia (capacidade de decisão) possível, do sujeito em questão (BRASIL, 2014, p.16).

Martins et al (2014) destacam que a garantia dos atributos da APS implica em melhores indicadores de saúde e possivelmente também em condições propícias para um envelhecimento ativo, uma vez que o indivíduo terá sua saúde integralmente assistida, de forma que condições incapacitantes venham a ser prevenidas e outras manejadas.

Mayeama et al (2020) cita em seu estudo que a limitação para a atenção integral à pessoa idosa sugere que ela está relacionada com o não cumprimento dos atributos da Atenção Básica e com a marcante presença do modelo biomédico e ainda com a necessidade da qualificação dos profissionais para a transformação das práticas.

Com o objetivo de oferecer à população idosa paranaense o cuidado oportuno e eficiente para que alcance o envelhecimento ativo e saudável, com qualidade de vida, independência e autonomia pelo máximo de tempo possível, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR) lança a Linha Guia da Saúde do Idoso (SESA-PR/2018). Nela estão contidos os conceitos e diretrizes que

deverão nortear as ações ancorados pela identificação precoce da fragilidade e seu manejo através da Avaliação Multidimensional da Saúde do Idoso (PARANÁ, 2018a).

Paraná (2018a) traz alguns conceitos importantes para a saúde do idoso:

- **INDEPENDÊNCIA:** a capacidade individual de executar algo com os próprios meios, sem a ajuda de outra pessoa.
- **AUTONOMIA:** a capacidade individual de decisão e comando sobre as ações (autogoverno), estabelecendo e seguindo as próprias convicções.
- **CAPACIDADE FUNCIONAL OU FUNCIONALIDADE GLOBAL:** a capacidade do indivíduo para a manutenção plena das habilidades físicas e mentais desenvolvidas ao longo da vida, necessárias e suficientes para que se tenha um cotidiano com independência e autonomia.
- **AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL:** Toda avaliação do idoso deve ter como ponto de partida a avaliação da funcionalidade global, através das atividades de vida diária básicas, instrumentais e avançadas. O principal sintoma a ser investigado é o declínio funcional. A capacidade para alimentar-se, ter continência (controlar a eliminação de urina e fezes), locomover-se, tomar banho, vestir-se e usar o banheiro são chamadas atividades básicas da vida diária (AVD). As Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) incluem arrumar a casa, telefonar, controlar e tomar os remédios e cuidar das finanças.
- **FRAGILIDADE:** é o estado de aumentada vulnerabilidade a desfechos adversos de saúde como internações, quedas, dependência e mortalidade. É um estágio que precede a incapacidade. Pode ser detectada precocemente e é potencialmente reversível, portanto sua identificação significa uma janela de oportunidade para a adoção de medidas preventivas que podem ter elevado impacto na vida do idoso.
- **FRAGILIDADE MULTIDIMENSIONAL:** redução da reserva homeostática e/ ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade ao declínio funcional, institucionalização e óbito. O modelo

multidimensional proposto por Moraes e Lanna é o adotado pelo Paraná na sua estratégia de atenção à saúde da população idosa. Nele as condições de saúde associadas a desfechos adversos podem ser agrupadas em dois componentes: clínico-funcional e sociofamiliar.

A Rede de Atenção Integral à Saúde do Idoso do Paraná é uma resposta a este novo momento demográfica, trabalhando em rede, cria protocolos para dar retaguarda adequada aos idosos em todos os pontos de atenção à saúde: nas unidades básicas, nos centros de especialidades e na rede hospitalar (PARANÁ, 2018a).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em 2006, estabeleceu seu foco na manutenção da capacidade funcional dos idosos tendo como um de seus eixos norteadores o enfrentamento da fragilidade desse público.

Paraná (2018a) cita que o componente clínico-funcional da fragilidade tem o declínio funcional como a principal manifestação de vulnerabilidade, tendo duas formas, estabelecido, que se caracteriza pela presença de incapacidade funcional ou dependência propriamente dita, e o outro, iminente, o qual estão presentes condições crônicas preditoras de dependência funcional, institucionalização e óbito, como comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia, internação recente), sarcopenia e comprometimento cognitivo leve.

Brasil (2014) cita que a pessoa idosa apresenta profundas particularidades biopsicossociais que a diferenciam da população adulta, até mesmo dentro da faixa etária há heterogeneidade no processo de envelhecimento. Nesse sentido, destaca-se a importância da estratificação de risco, pois pode-se ter uma pessoa idosa que é capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, mesmo apresentando alguma situação crônica de saúde, representando em torno de 70% das pessoas idosas, enquanto por outro lado, cerca de 30% são consideradas frágeis ou em risco de fragilidade, apresentando maior vulnerabilidade caracterizada por dependência funcional, incapacidades ou condições de saúde preditoras de desfechos adversos, necessitando de acesso e cuidado qualificado no SUS (BRASIL, 2014).

Moraes (2012) diz que é fundamental a estratificação de risco do paciente baseada na classificação clínico funcional, a partir da qual todas as intervenções

terapêuticas e propedêuticas serão tomadas. Além da avaliação multidimensional ser a melhor metodologia para a avaliação integral do idoso e para o direcionamento das intervenções a serem propostas.

Segundo Paraná (2018a) a estratificação obtida por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – 20 (IVCF-20) trata-se de um questionário simples, capaz de avaliar os principais determinantes da saúde das pessoas idosas. Apresenta caráter multidimensional e alta confiabilidade, pois avalia oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e/ou óbito em idosos: idade, autopercepção da saúde, atividades de vida diárias (três AVD instrumentais e uma AVD básica), cognição, humor/ comportamento, mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfinteriana), comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente.

Idosos com pontuação no IVCF-20 igual ou superior a 15 pontos apresentam alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional e devem ser submetidos à Avaliação Multidimensional do Idoso (AMI) e elaboração do plano de cuidados, com encaminhamento para a Atenção Secundária quando disponível. Idosos com pontuação entre 7 e 14 pontos são considerados de moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional e devem ser submetidos à AMI, que pode ser realizada por profissionais não especializados. A AMI determinará a necessidade ou não de encaminhamento para atenção secundária. Por sua vez, os idosos com pontuação entre 0 e 6 pontos são considerados de baixo risco e podem ser acompanhados de forma rotineira na atenção básica, devendo ter seu risco reavaliado anualmente pelo IVCF-20 (PARANÁ, 2018a, p. 101).

Por fim, cabe à APS prestar o cuidado contínuo das necessidades de saúde da pessoa idosa, articulando com os demais níveis de atenção à saúde e intersetorialmente, com vistas ao cuidado integral longitudinal (PARANÁ, 2018a). À equipe da APS cabe planejar, programar e realizar ações promocionais, preventivas, curativas ou reabilitadoras relacionadas à saúde do idoso em sua área de abrangência. Também são atribuições da APS promover a educação em saúde para a comunidade em aspectos relativos à saúde do idoso e a realização de levantamentos e análises epidemiológicas que permitam a proposição de ações oportunas em prol dessa população (PARANÁ, 2018a).

3.3.1 CUIDADOS COM A PESSOA IDOSA HIPERTENSA NA ATENÇÃO BÁSICA

A HA é a doença crônica não transmissível mais frequente entre os idosos, aumentando a prevalência progressivamente com o envelhecimento, sendo considerada o principal fator de risco modificável na população geriátrica (MIRANDA, FEITOSA, 2016). Cerca de 65% dessa população no Brasil possui HAS, podendo chegar a 80% entre mulheres com mais de 75 anos, sendo que há relação direta da pressão arterial (PA) com a idade e que 90% dos indivíduos com PA normal até os 55 anos desenvolverão HA ao longo da vida (PARANÁ, 2018a).

O envelhecimento vascular é o principal aspecto relacionado à elevação da PA nos idosos, caracterizado por alterações na parede dos vasos e o enrijecimento arterial (MIRANDA, FEITOSA, 2016). E os autores complementam que mesmo aqueles que atingiram os 60 anos com PA normalmente têm alto risco futuro de apresentar hipertensão e desta forma, os cuidados com a HA nessa população têm sido motivo de maior preocupação. Conforme Tabela 2, observam-se dados da prevalência de idosos no Brasil com hipertensão trazidos pelo estudo de Rocha, Pinho e Lima (2021).

TABELA 2: Prevalência e número de pessoas com 60 anos ou mais com hipertensão no Brasil, nos anos 2008 e 2020.

| Sexo | Brasil |
|---|------------|
| Prevalência de hipertensão entre pessoas de 60 anos ou mais - 2008 | |
| Masculino | 46,3% |
| Feminino | 58,7% |
| Pessoas com 60 anos ou mais com hipertensão - 2008 | |
| Masculino | 4.310.849 |
| Feminino | 7.009.066 |
| Total | 11.319.915 |
| Cenário: pessoas com 60 anos ou mais com hipertensão - 2020 | |
| Masculino | 6.148.800 |
| Feminino | 9.889.969 |
| Total | 16.038.769 |

FONTE: Rocha, Pinho e Lima (2021, p. 4) adaptado.

Paraná (2018b, p.15) traz fatores importantes para os cuidados com a pessoa idosa hipertensa na Atenção Básica: avaliação Clínica Direcionada; investigação clínico-laboratorial; confirmar o diagnóstico de Hipertensão Arterial

Sistêmica por medida da pressão arterial e firmar o diagnóstico; pesquisar lesões clínicas ou subclínicas em órgãos-alvo; identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco cardiovascular global; diagnosticar doenças associadas à hipertensão; quando houver, a causa da hipertensão arterial; avaliar indícios do diagnóstico de hipertensão arterial secundária.

E ainda são importantes a História Clínica e o Exame Físico, sendo que na história clínica inclui a identificação: sexo, idade, raça e condição socioeconômica. Quanto à história atual: data aproximada do diagnóstico da hipertensão arterial e níveis de pressão alterados; valores de pressão arterial em avaliações anteriores; adesão e reações adversas aos tratamentos anteriores, motivos de abandono do tratamento; resultado do tratamento atual; participação em atividades de grupo da UBS, modificações realizadas no modo de viver, dúvidas, dificuldades encontradas; uso de medicamentos prescritos, suplementos alimentares, fitoterapia, fórmulas magistrais, reações adversas; como está se sentindo em relação à doença e ao tratamento; presença de comorbidades e outras disfunções (PARANÁ, 2018b).

Tem ainda a investigação sobre diversos aparelhos e fatores de risco: dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, perda de peso características do sono, função sexual, doença pulmonar obstrutiva crônica. Na História pregressa: antecedentes de complicações agudas e avaliações de urgência em serviços de saúde; história sugestiva de complicações crônicas - gota, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca; história vacinal; antecedentes ginecológicos e obstétricos; infertilidade; história sexual; história mórbida familiar e as condições e hábitos de vida; avaliação dietética incluindo: consumo de sal, bebidas alcoólicas, gordura saturada e cafeína; consumo de medicamentos ou drogas que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento (corticoesteróides, anti-inflamatórios, anorexígenos, anti-depressivos, hormônios); atividade física; rastreamento de transtornos do humor (PARANÁ, 2018 b).

Sousa et al. (2019) traz o estudo que do total de 912 idosos, 683 (74,9%) eram hipertensos, destes 72,6% faziam tratamento para HA e, entre os hipertensos que tratavam, 50,8% apresentaram controle pressórico. Brasil (2013) destaca que o diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de

poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB).

Miranda e Feitosa (2016) citam que o tratamento da HAS nesse grupo de pacientes traz benefícios inequívocos na redução de eventos cardiovasculares maiores e possibilidade de prevenção de síndrome demencial. Para que a decisão terapêutica seja adequada, o diagnóstico necessita ser preciso, assim como o monitoramento da sua eficácia. Conforme Quadro 7 metas de PA para idosos de acordo com a Classificação Clínico-funcional.

QUADRO 7: METAS DE PA PARA IDOSOS DE ACORDO COM CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL

| ESTRATO CLÍNICO-FUNCIONAL | META DE PA |
|---------------------------|--|
| 1 a 5 | < 150/90 |
| 6, 7 e 8 | < 160/90 |
| 9 | Redução de 20 mmHg na PAS até PA < 160/90 |
| 10 | Não há metas estabelecidas para idosos com dependência completa para AVD |

FONTE: Paraná (2018a, p. 92).

Para o controle da PA, o tratamento não farmacológico deve ser estimulado em todos os estágios da HA e fundamenta-se na prática de um estilo de vida saudável. As principais orientações de mudanças de estilo de vida que comprovadamente reduzem a PA e diminuem o risco cardiovascular são: atividade física, abandono ao tabagismo, diminuição do peso (quando recomendado) e dieta saudável (hipossódica, pobre em gorduras saturadas, rica em frutas e vegetais, aves e peixes (MIRANDA, FEITOSA, 2016).

Alguns aspectos sobre o tratamento não medicamentoso:

- Equipe multiprofissional

A atuação da equipe multiprofissional promove melhor controle da HA, o que está diretamente relacionado à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidem com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e

auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. (MALACHIAS et al, 2016).

Recomenda-se que os pacientes sejam acompanhados por equipe multidisciplinar, o que aumenta as taxas de adesão ao tratamento. Mais do que isso, é de grande importância que a família seja envolvida em todo o processo, não só para ampliar as chances de sucesso, mas pelo potencial preventivo que representa para aquele núcleo familiar (MIRANDA, FEITOSA, 2016).

- Prática de exercícios físicos/atividades físicas

Atividade física refere-se a qualquer movimento corporal que aumente o gasto energético, o que inclui andar na rua, subir escada, fazer trabalhos físicos domésticos, fazer práticas físicas de lazer. O termo exercício físico refere-se à atividade física realizada de forma estruturada, organizada e com objetivo específico. O treinamento aeróbico é recomendado como forma preferencial de exercício para a prevenção e o tratamento da HA. (MALACHIAS et al, 2016).

Os benefícios da atividade física regular nos idosos extrapolam em muito os benefícios na PA, pois propiciam melhor controle de outras comorbidades, reduzindo o risco cardiovascular global e diminuir o risco de quedas e de depressão, e promove a sensação de bem-estar geral, melhorando a autoconfiança e a qualidade de vida (MIRANDA, FEITOSA, 2016).

- Alimentação saudável

É fundamental evitar os alimentos industrializados e os embutidos, pois eles carregam altas doses de gordura e sódio. Dessa forma, enfatiza o consumo de frutas, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura; inclui a ingestão de cereais integrais, frango, peixe e frutas oleaginosas; preconiza a redução da ingestão de carne vermelha, doces e bebidas com açúcar. (MALACHIAS et al, 2016).

Destaca-se a importância da redução do consumo de sal por meio de temperos naturais evitando congelados e temperos prontos.

- Controle do estresse

Estudos sobre as práticas de gerenciamento de estresse apontam a importância das psicoterapias comportamentais e das práticas de técnicas de meditação, biofeedback e relaxamento no tratamento da HÁ (MALACHIAS et al, 2016).

- Evite o tabagismo

O tabagismo aumenta o risco para mais de 25 doenças, incluindo a DCV. O hábito de fumar é apontado como fator negativo no controle de hipertensos, no desconhecimento da HAS e na interrupção do uso de medicamentos anti-hipertensivos (MALACHIAS et al, 2016).

- Moderação no consumo de bebidas alcoólicas

O consumo habitual de álcool eleva a PA de forma linear e o consumo excessivo associa-se com aumento na incidência de HA. Estima-se que um aumento de 10 g/dia na ingestão de álcool eleve a PA em 1 mmHg, sendo que a diminuição nesse consumo reduz a PA, dessa forma, recomenda-se moderação no consumo de álcool (MALACHIAS et al, 2016).

No ano de 2021 foi publicado nova Portaria GM/MS Nº 894, de 11 de maio de 2021, a qual traz os incentivos financeiros federais de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde, a serem transferidos, em parcela única, aos municípios e Distrito Federal, para enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19.

Sendo que no capítulo II denominado Incentivo Financeiro para o Cuidado em Saúde das Pessoas Idosas em seu artigo Art. 8º tem como objetivo promover o apoio ao cuidado em saúde das pessoas idosas, por meio do desenvolvimento das seguintes ações estratégicas para enfrentamento à Covid-19:

I - Realização de avaliação multidimensional, estratificação de risco, definição de plano de cuidado individual para o acompanhamento longitudinal da pessoa idosa na APS;

II - Ampliação das visitas e atendimentos domiciliares, realizadas pelos profissionais da APS, às pessoas idosas com limitações funcionais ou fragilidade, que apresentam maior risco de complicações e de morte quando infectadas pelo Sars-CoV2, para suporte ao distanciamento social, visando diminuir a exposição ao risco de infecção e o acompanhamento/monitoramento daquelas que residem sozinhas, com suporte e estímulo à criação de estratégias de apoio na comunidade; e

III - atendimento integral em saúde aos idosos residentes em instituições de acolhimento e o suporte às equipes destas instituições para o desenvolvimento de ações de prevenção à infecção pelo Sars-CoV-2, com a finalidade de adequação das ações de isolamento e distanciamento social de pessoas idosas institucionalizadas.

No Art. 9º destaca que execução das ações estratégicas será monitorada por meio do acompanhamento do registro da produção dos procedimentos realizados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), incluindo o procedimento código SIGTAP 03.01.09.003-3 - Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (BRASIL, SUS 2021).

Sendo assim, a promoção da saúde se alinha com o envelhecimento ativo, quando ambos objetivam que pessoas idosas reconheçam suas potencialidades dirimindo a cultura das perdas associadas ao envelhecimento (FERREIRA; MACIEL; SILVA, 2010).

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A equipe ficou satisfeita com o resultado do trabalho desenvolvido no qual se teve a meta de estratificar, monitorar, realizar busca ativa, inserir horários especiais na agenda para atendimento para pessoa idosa e direcionar para atendimento multiprofissional (Médico, Enfermeira, Psicóloga e Nutricionista e Assistente Social), além de realizar encontros semanais para grupos com temas direcionado à hipertensão e seus cuidados.

No Quadro 8 observa-se a realização das atividades para este trabalho.

QUADRO 8: APLICAÇÕES DE AÇÕES - OBJETIVO E ESTRATÉGIA

| Data/horário/local | Objetivo | Estratégia | Duração/participantes | Recursos educacionais |
|--|--|---|---|-----------------------------------|
| UBS Realizadas nas terça-feira ,quarta-feira e quinta-feira. | Reunião da pessoa idosa | Ações com palestras com temas (alimentação saudável, fumo, atividade física e uso correto da medicação etc.) Realizar estratificação dos idosos. | Foi realizado em grupos pequenos por causa da Pandemia Grupos de 10 de pessoas com duração de 30 a 40 minutos. | Datashow Notebook Panfletos |
| UBS | Agendamento para multiprofissionais | Agendamento e busca ativa do faltante | Idosos estratificados | Recursos humanos |
| UBS | Programar agenda para atendimentos para os idosos | Horário reservado antecipado | % de idosos agendados | Recursos humanos |
| UBS | Monitoramento | Agendamento de consultas periódicas e realização de visitas domiciliares . | Todos os idosos cadastrados foram monitorados | Automóvel Recursos humanos |

FONTE: O autor (2021).

As ações ocorreram no ano 2020 e continuou em 2021, sendo que primeiramente foi enviado um ofício para Gestor da Saúde solicitando capacitação para os profissionais sobre a temática dos cuidados com a pessoa idosa. Após, solicitou-se para 6ª Regional de Saúde a capacitação, sendo ofertado então, o cuidado integral da pessoa idosa.

Por meio da 6ª Regional de Saúde recebeu-se orientações, indicando cursos on-line para ser realizado via UNA-SUS, além do tema da saúde do idoso, os profissionais tiveram capacitações nas suas áreas específicas e referente aos ciclos da vida e sobre as doenças crônicas.

Algumas capacitações referentes a nova Nota Técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada sobre saúde a pessoa idosa, realizada em maio 2020, todos os profissionais receberam as orientações. O curso visou sensibilizar ao cuidado de saúde bucal e geral do idoso sendo realizado em agosto de 2020 pelo Projeto Apoio à Educação Permanente dos Profissionais do SUS – CPOS.

Realizaram-se reuniões com a Enfermeira Coordenadora do NAB (Núcleo de Atenção Básica) e Coordenadores das UBS (Unidade Básica de Saúde), estes foram orientados a repassar os temas discutidos para compartilhar com suas equipes. No dia 05 de junho 2020 uns dos temas repassados foram sobre o memorando circular nº02/2020 enviado pela SESA (Secretaria Estadual do Paraná) explicando sobre a nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde da pessoa idosa, que tratam do instrumento de rastreio de fragilidade do idoso, IVCF 20, que deve ser utilizado no Paraná. E outro tema compartilhado no dia 05 de outubro 2020 foi a Nota Técnica SESA nº 32, referente ao Cuidado às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Também foi discutido sobre a importância da utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como um instrumento estratégico de qualificação da atenção à pessoa idosa, no qual pretende contribuir para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde e para a otimização de ações que possibilitem uma avaliação integral da saúde da pessoa idosa, identificando suas principais vulnerabilidades e oferecendo orientações de autocuidado. É um instrumento proposto para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, sendo usada tanto pelas equipes de saúde, quanto pelos idosos, seus familiares e cuidadores. Também é instrumento de cidadania e de relevância para os indivíduos idosos, pois empoderam os sujeitos sobre sua saúde e direitos.

Através da Telessaúde RS-UFRGS-Teleeducação a equipe teve oportunidade de participar de outros cursos como Noções básicas sobre

alimentação e nutrição para nível médio e técnico (Ex-técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem) realizado em março de 2021, e também o Curso de Alimentação e Nutrição na Atenção Primária da Saúde para os enfermeiros e médicos. Os cursos de capacitação duração de total de 40 horas e 60 horas, respectivamente.

Organizou-se primeiramente os encontros conforme as notas técnicas de orientações de cuidado com Pandemia e as ações realizadas no grupo foram palestras sobre o cuidado da saúde com a equipe multiprofissional, conforme o cronograma da equipe ESF de Fluviópolis. Estabeleceu-se realizar os encontros já utilizando o grupo geral existente na UBS com as pessoas idosas hipertensas e diabéticos, assim foi realizado um encontro semanal iniciando em janeiro e encerrando em dezembro de 2020.

Foram grupos de 10 de pessoas com duração de 30 a 40 minutos, realizados no total de 25 encontros durante o ano 2020 na UBS da abrangência de Fluviópolis. Os profissionais convidados para participar eram multiprofissionais (dentista, nutricionista, assistente Social, fisioterapeuta, psicólogo e farmacêutico) e foi realizado um cronograma para ser um tema em cada encontro.

Em cada encontro, as ACS realizaram os cadastros dos idosos que ainda não estavam cadastrados e aplicando a IVCF-20 em todos os idosos presentes, e posteriormente a Enfermeira agendou consultas médicas necessárias.

Entre os temas trabalhados nesses encontros abordaram-se alimentação saudável, uso de medicação, atividade física, saúde bucal, drogas lícitas e autocuidado. Após, foram realizadas as estratificações.

No total conseguiu-se atingir um público de 261 idosos referente ao ano de 2020, com todo cuidado devido à pandemia. Foi um pouco complicado, pois percebeu-se dificuldades quanto ao uso correto da máscara pelos idosos, por esse motivo os encontros eram com horários diferentes e com poucos participantes em local arejado.

Durante os encontros os idosos e acompanhantes tiveram muitas dúvidas principalmente sobre o uso das medicações e alimentação. Dúvidas mais frequentes citadas pelos mesmos:

(...) *“posso tomar o medicamento mais tarde se esquecer de tomar no horário”*

(...)“se esquecer de tomar a noite posso tomar dois no dia seguinte”

(...)“preciso vir consultar para pegar as medicações”

(...)“quantos anos tenho que ainda tomar essas medicações”

(...)“posso tomar medicações com leite”

(...)“tem alimentação que ajuda a dormir melhor ou chá”

(...)“sobre o uso das próteses dentárias”

Após o Feedback dos participantes e palestrantes foram discutidos sobre as dúvidas e explicado com muito cuidado cada uma delas pois assim surgindo uma relação humanizada e uma escuta qualificada.

- ✓“Os idosos utilizavam medicação dos vizinhos”
- ✓“A maioria dos idosos não sabiam utilizar a medicação”
- ✓“Os idosos utilizavam a mesma prótese dentaria a muito tempo”
- ✓“Não sabiam que tinha que realizar higienização da prótese dentaria”

A equipe multiprofissional interagiu realizando um trabalho excelente com os idosos trazendo conhecimento e tirando dúvidas em cada área que atua conforme citado anteriormente.

Foram fornecidos nos encontros a Caderneta da Pessoa Idosa aonde contém informações importantes para dar continuidade no monitoramento. Contém também a orientação quanto ao uso e armazenamento de medicamentos, direitos da pessoa idosa, acesso a medicamentos no SUS, dez passos para uma alimentação saudável, saúde bucal, prevenção de quedas, atividade física, sexualidade, contendo os dados pessoais e avaliação da pessoa idosa (BRASIL, 2017).

Sucederam-se 261 avaliações de pessoas idosas com idade superior 60 anos, aonde foram registrados alguns itens importantes para desenvolvimento das ações. Das 261 pessoas idosas com o monitoramento, 150 foram notificadas com HA alterada, além de outras doenças crônicas notificadas. Porém, foram agendadas as 261 pessoas idosas para consulta individual com o médico.

A agenda medica foi organizada conforme a estratificação de risco o tratamento eletivo foi realizado na UBS e após as consultas foi realizado agendamento para os multiprofissionais quando necessário e os idosos descompensados foram encaminhados conforme o protocolo do município para o MACC. (Modelo de Atenção às Condições Crônicas) através do consórcio CISVALI.

As agendas foram distribuídas todas as atividades que cada profissional programou no planejamento que serão executadas durante o ano, ou seja, são os números de consultas, procedimentos, visitas e grupos que cada profissional executaria durante o ano 2020. Foi organizada com demanda programada (condições crônicas prioritárias), visitas domiciliares, grupos e reunião de equipe.

A Coordenação repassou a nova nota técnica do IVCF-20 para aplicar por telefone durante o aumento de casos de Covid 19 no município, assim poderíamos identificar a fragilidade da pessoa idosa durante a pandemia da COVID-19, além de solicitar ampla divulgação. O Instrumento também está anexo à 2ª Edição do Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde CONASS/CONASEMS. O principal objetivo em aplicar o IVCF-20 foi identificar os idosos com presença de fatores multidimensionais determinantes de sua saúde, fatores de risco, além de apoiar às equipes na continuidade do cuidado ao idoso por meio de uma alternativa que seja realizada por telefone.

O IVCF-20 demonstrou ser útil tanto para a avaliação de risco dos idosos, quanto para o manejo clínico desta população. Como um instrumento simples, de rápida aplicação (leva de 5 a 10 minutos) e tem a vantagem de apresentar caráter multidimensional, avaliando oito dimensões consideradas preditores de declínio funcional e/óbito em idosos. Cada seção pode ser avaliada por meio de perguntas, que podem ser respondidas pelo idoso ou por alguém que conviva com ele (familiar ou cuidador). Neste momento da pandemia os itens relacionados às medidas/métricas que auxiliavam na avaliação de risco de declínio funcional do idoso como peso, estatura, índice de massa corporal, circunferência da panturrilha e velocidade da marcha em 4 metros foram retirados do instrumento. O Score permaneceu inalterado (SESA 2020).

Pode ser aplicado por qualquer profissional da equipe da Atenção Primária à Saúde (enfermeiro, médico, técnico/auxiliar de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, dentista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, dentista, psicólogo, farmacêutico e outros), desde que devidamente capacitados (SESA 2020). Os profissionais que participaram foram as Coordenadoras das UBS, depois através de reunião repassado para toda equipe da UBS.

Teve-se ótimos resultados e com o retorno das reconsultas após a primeira consulta realizada verificamos a mudança de hábito de alimentação e o vínculo entre os idosos e a equipe melhorou muito cuidado após os encontros.

Teve um impacto positivo de intervenções realizadas pelos serviços de Atenção Primária à Saúde (todas equipes da UBS participaram das ações) no intuito da redução de internações em hipertensos, realizando os cuidados dos hipertensos na UBS, ampliando serviços necessários a organização e o manejo dos mesmos no que diz respeito aos papéis de cada um dentro da equipe. Ampliando os exames, medicamentos, organização de prontuários, cadastrando no sistema os registros dos idosos para seguimento vinculados com as equipes de multiprofissional capacitada para o cuidado integral desses pacientes.

As ACS realizaram busca ativa dos faltantes no decorrer do ano 2020 e foi dada continuidade no primeiro trimestre de 2021 para os encontros mensais e as consultas quando houvesse necessidade. Nos primeiros meses no primeiro trimestre de referente ao ano 2021 teve alguns faltantes, mas foi realizado busca ativa e remarcada a consulta e alguns casos específicos foi realizado consulta domiciliar, principalmente pessoas com dificuldade de locomoção, acamados e idosos que não tinham como vir pessoalmente na UBS.

Com mudanças nos estilos de vida como adesão ao tratamento, aumento da prática de exercícios físicos regulares e controle alimentar com ajuda especializada, espera-se melhorar o controle da doença nestes pacientes. Os multiprofissionais que atuam como multiplicadores alcançar uma orientação adequada e o controle dos idosos estratificados na área de abrangência com hipertensão arterial.

Com o envelhecer as pessoas necessitam de cuidados, neste contexto podemos dizer que o idoso sempre irá buscar atenção dos netos e filhos. A família é marcada como ambiente natural, dessa maneira a ligação do idoso com a família é significativo em qualquer momento de sua vida (JEDE; SPULDARO, 2009).

Segundo Lima et al. (2001) a família seguindo orientações de cuidados da equipe de enfermagem, se destacarão diretamente ou indiretamente de forma positiva no tratamento, acentuando o valor do apoio e do acompanhamento. Com a participação da família nota-se a contribuição para o controle alimentar, diminuindo o consumo de sódio que anteriormente foi orientado pela enfermagem (DALLEPIANE; BÓS, 2008).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral de estratificar e monitorar as pessoas idosas com Hipertensão Arterial na área de abrangência foi plenamente cumprido, sendo que incluiu o questionário do IVCF-20, encontros com pequenos grupos seguindo as normas da pandemia e acompanhamento com consultas médicas/enfermagem e multiprofissionais.

Destaca-se a importância de conhecer os pacientes atendidos pela Linha da Pessoa idosa da área de abrangência e realizar o vínculo da pessoa idosa à Unidade de Saúde.

Foi plenamente atingido o objetivo de se realizar as estratificações em todos os idosos cadastrados na UBS com intuito de identificar fatores de risco e assim reduzir as complicações por hipertensão arterial sistêmica nos idosos da área de abrangência.

Realizou-se o monitoramento da pessoa idosa com hipertensão e será um trabalho contínuo dentro da UBS assim trazendo para toda equipe os problemas identificados por grau de risco de fragilidade. Como a hipertensão arterial sistêmica é um grave problema de saúde pública se faz necessário a prevenção e o tratamento adequado para uma redução nas complicações agudas e crônicas fazendo a diferença na vida da pessoa idosa. E ainda possibilitou que os profissionais de saúde conhecessem melhor os idosos, planejando os atendimentos de prevenção e as consultas eletivas.

A inserção da participação da equipe multiprofissional do Núcleo de Atenção Básica, como Nutricionista, Psicólogo e Assistente Social, todos os profissionais participaram dos grupos dos idosos hipertensos levando seu conhecimento conforme sua área de atuação.

Por se tratar de uma patologia de início silencioso e representar um fator de risco para a doença cardiovascular, a prevenção da hipertensão arterial e o adequado tratamento com as pessoas idosas acontece através de grupos terceira idade e ações educativas temas relacionadas a doença, suas complicações e a necessidade da mudança nos hábitos de vida, referente a alimentação saudável e atividade física.

A mudança de hábito não é fácil para os idosos, mas durante o tratamento verificou-se a mudança positiva no seu dia a dia. Infelizmente nem todos conseguem dar continuidade no tratamento, mas é orientado sobre a importância para melhorar o estilo de vida e até diminuição de uso de medicamentos ao decorrer do tratamento correto. Os idosos mais preocupantes são o que ainda moram sozinhos e com dificuldades para utilização dos medicamentos e esses possuem acompanhamentos semanais das ACS.

As contribuições deste trabalho estimularam um melhor controle pressórico, além da conscientização sobre a importância do tratamento medicamentoso e não medicamentoso das pessoas idosas e por meio das ações coletivas e individuais foi possível melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa. Além disso, a manutenção atualizada do registro dos medicamentos na ficha de acompanhamento dos idosos hipertensos e a diminuição das consultas desnecessárias na UBS.

Pretende-se dar continuidade ao trabalho realizado, com a equipe toda empenhada com intuito de melhorar a saúde e bem-estar dos idosos cumprindo com objetivo de conhecer e acompanhar os idosos da área de abrangência. Espera-se que a equipe multiprofissional consiga dar continuidade no acompanhamento e trazendo novas orientações e capacitações assim melhorar a adesão ao tratamento dos idosos.

REFERÊNCIAS

AMORIM, C.C.; PESSOA, F.S. (Org). **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.

BRASIL. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS:** proposta de modelo de atenção integral. XXX CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Brasil, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso 16 jun 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Caderno 7: Hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes mellitus – DM, PROTOCOLO.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações programáticas estratégicas. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.** 4ª ed, 2017. Disponível em <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf>>

CIDADE-BRASIL. **São Mateus do Sul.** Disponível em: <https://www.cidade-brasil.com.br/municipio-sao-mateus-do-sul.html>. Acesso em: 17 abr. 2021.

DALLEPIANE, L., & BÓS, Ângelo. (2008). **A participação da família na adesão à restrição de sódio em adultos e idosos hipertensos: estudo de intervenção randomizado.** *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 5(1). <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.256>

FERREIRA, O. G. L., MACIEL, S. C., SILVA, A. O., Sá, R. C. N., & Moreira, M. A. S. P. (2010). **Significados atribuídos ao envelhecimento: Idoso, velho e idoso ativo.** *Psico-USF*, 15(3), 357-364.

Hipertensão em idosos: **saiba como cuidar melhor da saúde na terceira idade.** Publicado por Omron Healthcare em agosto 24, 2020 |. Atualizado em agosto 18, 2020. Encontrado em: <https://www.saomateusdosul.pr.gov.br/portal/serviços>. Acesso em 15 de abr. de 2021

IBGE. Cidades. **São Mateus do Sul: Panorama.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/sao-mateus-do-sul/panorama>. Acesso em: 17 abr. 2021.

IBGE. Cidades. **São Mateus do Sul: História.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/sao-mateus-do-sul/historico>. Acesso em: 17 abr. 2021.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ PARA O PERÍODO 2018 A 2040.** Disponível em: Fonte: http://www.ipardes.pr.gov.br/sites/ipardes/arquivos_restritos/files/documento/2019-09/nota_tecnica_populacao_projetada.pdf.

JEDE, M., & SPULDARO, M. (2010). **Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura.** *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 6(3). <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.375>

LIMA, F. E. TEIXEIRA et al. **A família como suporte para o idoso no controle da pressão arterial.** *Família, Saúde e Desenvolvimento*, v. 3, n. 1, 2001. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/refased/article/view/4943/3759>. Acessado em: 15 de abr. de 2021.

MAEYAMA, M. A. et al. **Saúde do Idoso e os atributos da Atenção Básica à Saúde.** *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v. 6, n.8, p. 55018 – 55036, 2020.

MARTINS, et al. **Atenção Primária à Saúde voltada às necessidades dos idosos: da teoria à prática.** *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3403-3416, 2014. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Bm7LDFY7FzzYstFP6pVqYhH/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 17 abr. de 2021

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas: Unicamp, 2003. (mimeogr.).

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/MT7nmJPPRt9W8vndq8dpzDP/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 20 junho 2021.

MIRANDA, R.D.; FEITOSA, A.M. **Tratamento da hipertensão arterial em idosos: as metas pressóricas são diferentes?** *Rev Bras Hipertens* vol. 23(1):16-21, 2016.

MORAES, E.N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NEVES, Rosália Garcia, et al. **Atenção oferecida aos idosos portadores de hipertensão: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e00188915, Nov. 2015. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/178/atencao-oferecida-aos-idosos->

portadores-de-hipertensao-pesquisa-nacional-de-saude-2013. Acesso em 10 Jun. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00189915>.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia da saúde do idoso**. Curitiba: SESA, 2018a.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Oficinas do APSUS: Formação e Qualificação do Profissional em Atenção Primária à Saúde – Oficina 9 Saúde do Idoso**. 2014. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/apsus_cadero9_1208_14_alta.pdf. Acesso em: 17 abr. 2021.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de hipertensão arterial**. 2. ed. – Curitiba: SESA, 2018b. PREFEITURA DE SÃO MATEUS DO SUL. Disponível em: <https://www.saomateusdosul.pr.gov.br/portal/servicos/1007/historia/>. Acesso em: 17 abr. 2021.

PESSÔA, L.R.; SANTOS, E.H.; TORRES, K.R. (Org.). **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, 2011. 208 p.

ROCHA, Alane Siqueira; PINHO, Breno Aloísio Torres Duarte de; LIMA, Érika Nobre. **Hipertensão arterial entre idosos: comparação entre indicadores do Ceará, do Nordeste e do Brasil**. Rev. bras. promoç. saúde (Impr.) ; 34(1): 1-8, 17/02/2021.

SOUSA, Ana Luiza Lima; BATISTA, Sandro Rodrigues; SOUSA, Andrea Cristina; PACHECO, Jade Alves S.; VITORINO, Priscila Valverde de Oliveira; PAGOTTO, Valéria. **Prevalência, Tratamento e Controle da Hipertensão Arterial em Idosos de uma Capital Brasileira**. Arq. Bras. Cardiol., v. 112, n. 3, p. 271-278, mar. 2019.

VASCONCELOS, E.M. **A educação popular e pesquisa-ação como instrumentos de reorientação da prática médica**. 2000. Disponível em ><http://www.anped.org.br/biblioteca/item/educacao-popular-e-pesquisa-acao-como-instrumentos-de-reorientacao-da-pratica-medica>>. Acesso em 27 de maio de 2021.

ZEN, D. et al. **Políticas de atenção a idosos na voz de gestores municipais de saúde**. Rev. Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, v. 39, e62502, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100418&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 de maio de 2021.