



MARITZA GUTIÉRREZ ZEQUEIRA

**VIDA SAUDÁVEL PARA OS IDOSOS HIPERTENSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO
PEDRO DAS MISSÕES-RS**

SÃO PEDRO DAS MISSÕES-RS

2017



MARITZA GUTIÉRREZ ZEQUEIRA

**VIDA SAUDÁVEL PARA OS IDOSOS HIPERTENSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO
PEDRO DAS MISSÕES-RS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Tiago Maas

SÃO PEDRO DAS MISSÕES-RS

2017

RESUMO

A motivação do trabalho foi pela maior demanda na UBS e as causas de morbimortalidade nos idosos. Dada a relevância do tema e a baixa cobertura de atenção aos idosos do município, decidimos fazer uma intervenção com base de melhorar a atenção de saúde dos idosos com hipertensão arterial sistêmica, onde se identificaram fatores relacionados à doença, integrando atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças e ações desenvolvidas pela equipe de saúde conjuntamente com grupos de apoio e familiares para fortalecer os cuidados, prevenir complicações e melhorando qualidade e expectativa de vida deste grupo etário

Descritores: Atenção Primária, Prevenção de doenças, Promoção da saúde, Saúde do idoso, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	8
3. PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.	12
4. VISITA DOMICILIAR	15
REFLEXÃO CONCLUSIVA	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
ANEXO 1 -PROJETO DE INTERVENÇÃO	20
HIPÓTESES:	25
OBJETIVOS:	25
METODOLOGIA:	29
OUTROS ANEXOS:	35

1. INTRODUÇÃO

A atenção básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas do o cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL,2012)

Meu nome completo é Maritza Gutierrez Zequeira , sou graduada de médico geral no ano 1991,na faculdade Finlay- Albarran ,da cidade Havana, pais Cuba e como médico especialista em medicina geral integral no ano 1997. Brasil representa meu terceira missão médica depois de Belize e a Gâmbia. Trabalho e moro desde o 06 de novembro do ano 2015, no município de São Pedro das missões; município localizado na mesorregião noroeste do estado de Rio Grande do Sul criado pela lei no 10753, o 16/04/1996, com uma única unidade básica de saúde com estratégia de saúde da família(ESF) que delimita-se ao norte com o município de Boa vista das missões e lajeado do Bugre, ao leste com Sagrada família, ao oeste com Palmeira das missões e ao sul com São José.

A extensão do território de abrangência é de 87,3 km quadrados. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi instituído em 2001 e tem como presidente Juarez Soares. O CMS tem atualmente 10 membros titulares, sendo cinco usuários para canais de comunicação do controle social, três representantes dos trabalhadores em saúde, dois prestadores de serviço, estimulando a excelência dos serviços e transparência do SUS e dos gestores, estimulando a otimização para obter os princípios do SUS. Na UBS/ESF atuam dois médicos clinico geral, duas enfermeiras, cinco técnicas de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma psicóloga, uma ativista de educação física, uma assistente social e uma técnica de reabilitação.

No município também tem nucleio de apoio da estratégia da saúde da família (NASF- I) composto por um ativista de educação física, uma reabilitadora, uma Psicóloga e uma assistente social e a UBS conta com o núcleo de apoio á atenção Básica(NAAB) composto por profissional de psicologia, ativista de educação física, assistente social e

técnica de enfermagem. A população do município é de 1986 (estimada 2015) 1040 homens e 946 mulheres, com densidade populacional de 23,6/km quadrados, a maioria dos são- pedrenses (1353) residem na área rural, com um desenvolvimento econômico preferivelmente de origem agrícola, com PIB per capita (2010) de 13,792 reais e uma taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais(2010) de 14,12%. Dados para destacar do meu município estão: a taxa de mortalidade infantil é 0 x1000 nascidos vivos e 0 a taxa de mortalidade materna durante os últimos cinco anos, além disso não tem casos diagnosticados de Hansen, Dengue, chikungunya, tuberculose, sífilis congênita e suicídio durante o ano 2016, sendo de incidência em anos anteriores.

O município conta com:

- Escola municipal de ensino fundamental, Inspetor João Ferraz.
- Escola municipal de ensino fundamental Nucleia municipal, Umerindo Machado Jose Bonifácio.
- Escola municipal de educação infantil, Construindo sonhos.
- Escola estadual de ensino médio padre Jose de Anchieta.
- APAE (associação de pais e amigos dos excepcionais)
- Associação da terceira idade “Renascer”
- Clube de mulheres “Flor do campo”
- Centro regional da assistência social.

A maior demanda na unidade básica de saúde são os grupos de idosos (323 pessoas com 60 anos ou mais) e pessoas com doenças não transmissível crônica (DCNT), como a hipertensão arterial sistêmica (365 pessoas) representada em 16,28 % do total da população de 15 anos de idades em diante; está a diabetes mellitus representada em 61 pessoas e as doenças cardiovasculares em 28 pessoas respectivamente. Também prevalece as doenças gastrointestinais e mentais, neste último caso se inclui os episódios depressivos e da ansiedade. Além disso, foram analisadas as causas de mortalidade neste grupo de idade e se obteve a hipertensão arterial sistêmica como uns dos fatores predominantes nestas mortes. (Brasilia,2013) Os exames de maior prevalência são, hemograma, glicemia, colesterol, triglicérides,

creatinina, transaminases, exame qualitativo da urina, eletrocardiografia, todos úteis para o controle das doenças mais prevalentes, também estudos radiológicos como mamografia bilateral e o antígeno superficial do câncer prostático (PSA), eles são solicitados para o rastreio do câncer de mama e da próstata, por sua incidência, nestes últimos cinco anos.

A motivação para a realização do trabalho de conclusão do curso é atingir uma melhor atenção ao idoso, porém que a população idosa aumenta com uma velocidade por cima das outras faixas etárias. “ No Brasil, de 204 milhões de habitantes o 10,8% da população tem mais de 60 anos” segundo os dados do IBGE- Censo 2015. Das 20 cidades no Brasil com maior proporção de idosos, 17 delas estão localizadas no estado Rio grande do Sul, a capital dos gaúchos chamada Porto Alegre e tem uma estimada no 1º de julho de 2015, de 1.476.867 habitantes sendo um 15% idosos (Censo 2015). Concordando com as referências, em São Pedro das missões, a maioria da população hipertensa é idosa e devido às mortes do ano passado, cinco dos sete óbitos foram de pessoas idosas com hipertensão arterial associada ou complicada.

Portanto, diante da relevância do tema e a baixa cobertura de atenção aos idosos do município, decidimos fazer uma intervenção com base de melhorar a atenção de saúde dos idosos com hipertensão arterial sistêmica, onde se identificaria fatores relacionados à doença, integrando atividades e ações desenvolvidas pela equipe de saúde conjuntamente com grupos de apoio e familiares para fortalecer os cuidados, prevenir complicações e melhorando qualidade e expectativa de vida deste grupo etário do grupo.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

O projeto terapêutico singular, nada mais é do que uma variação da discussão de caso clínico é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para atender o sujeito doente e sua relação com a doença, com o intuito de definir propostas de ações. Estas ações podem ser definidas para um sujeito e coletivo geralmente são dedicadas para situações mais complexas. Todas as etapas do PTS possuem suas particularidades na busca pela solução dos problemas de saúde que aflige o indivíduo.

No cenário da atenção primária ganha destaque o cuidado a saúde de indivíduos com doenças crônicas, sendo as de maior importância diabetes e hipertensão. Para o controle destas afecções é preciso que o paciente e seus familiares aprendam a conviver com esta realidade, adaptando seu estilo de vidas aos sintomas e limitações decorrentes da cronicidade, evitando assim as complicações mais severas. Nas visitas domiciliares em que tive a oportunidade de acompanhar, além do contato mais próximo com paciente e família, pude observar as dificuldades que estes enfrentam principalmente com o controle da doença e qualidade da vida não somente do paciente, mas de toda a sua família.

Diante este contexto justamente foi escolhido um idoso hipertenso para realizar o PTS, por possuir pouco conhecimento sobre a sua doença, com saúde debilitada, dificuldade em aceitar novos hábitos alimentares, além de ser muito carente afetivamente. História clínica: A senhora C. P, com 68 anos, obesa, viúva, aposentada, mãe de três filhos, relata não receber visita de seus filhos à 10 anos; a senhora toma remédios contínuos para hipertensão arterial por mais ou menos 20 anos, isto começou depois da saída de sua filha para viver fora do país, ultimamente ela tem dificuldade de manter a pressão arterial entre níveis normais, também tem dificuldade para dormir e de caminhar firmemente, por possuir pé com lesão na região plantar esquerda.

Há alguns meses sofreu uma queda na qual resultou uma fratura no braço esquerdo, foi perdendo alguns movimento e força muscular por não realizar todas as sessões de fisioterapia para sua total recuperação, também não consegue alimentar-se adequadamente pois não possui nenhuma dentição e come em qualquer horário. Refere que há algumas semanas tem sentido mal-estar abdominal devido á constipação. Devido a tudo isso a paciente apresenta comportamento de tristeza, chora só de perguntar por sua família, muito preocupada com seu filho (J.C.P) o qual é jovem, não tem parceiro estável, e ela possui muito medo que o mesmo se envolva com drogas e álcool, que poderia piorar seu estado depressivo, também preocupa-se pôr o neto ser autista, sua filha se comporta desmotivada para enfrentar a doença e seguir o tratamento.

História familiar: Senhora C.P evangélica, natural de Matogrosso, viúva de L.F o pai de seus três filhos, dois filhos moram fora do estado e uma filha casada e dois netos que moram nos estados unidos, I. A. P (39 anos casado) J, C, P (38 solteiro, abuso de

álcool e toma remédios para depressão) e S.P 30 anos, casada mãe de dois filhos; a senhora é residente em São Pedro das missões há 32 anos, ela trabalhou muito quando jovens ajudando o seu pai na labora, ela se casou e com seus três filhos mudou para São Pedro, longe da família. Seu pai por problemas cardíacos aos 76 anos de idade veio a falecer, e sua mãe em consequência de um câncer do colo uterino, faleceu aos 62 anos. Sendo que os país de C.P tiveram 10 filhos, duas filhas irmãs sofrem câncer de colo uterino sendo que ambas realizaram cirurgia e seguem em tratamento quimioterápico. Uma terceira também do sexo feminino falece em decorrência de alcoolismo. Sendo que os outros irmãos não apresentam até o momento, nenhuma doença.

PLANOS DE CUIDADO

Diante deste contexto juntamente com a equipe chegamos ao seguinte consenso:

1. Acompanhamento de enfermagem: Que os curativos fossem realizados diariamente a domicilio, pois a caminhada realizada por ela seria prejudicial à cicatrização das lesões principalmente a da região plantar, e o monitoramento da pressão arterial 3vezes por semana, até atingir estabilidade (cifras até 160/85 mmhg).
2. Será realizado Avaliação e orientação nutricional, pela nutricionista do município. Realizado orientações sobre novos hábitos alimentares, devido a altos níveis de pressão arterial, constipação e pouca atividade física devido às lesões, sendo feito em duas consultas (primeiro contato e reconsulta para avaliação do cumprimento das orientações)
3. Visitas semanal pelo ACS para monitoramento das orientações oferecidas pelos profissionais.
4. O acolhimento médico será feito em primeira consulta ,aplicando o método clinico geral para identificar alterações, tendo em conta antecedentes familiares com CA, oferecendo-lhe conhecimento sobre sua doença, prognostico e tratamento ,solicitar exames como: hemograma, colesterol, triglicerídeos, creatinina, urina e TGP, os quais são necessários para classificação e prognostico, a continuidade do acompanhamento será quinzenal pelo médico da ESF com o objetivo de avaliar resultados dos exames, monitorizar e fortalecer as ações da equipe de saúde , também para o controle da PA se prescreverá anti-hipertensivo do Enalapril

cp10mg 2xdia, até obter resultados dos exames solicitados.

5. O NASF alternando com fisioterapia incluem atividades físicas de alongamento e relaxamento duas vezes por semana.
6. Encaminhamento ao vascular, para avaliação de ferimento na extremidade inferior podendo ser consequência de doenças microvasculares.
7. Encaminhamento ao serviço de fisioterapia para o tratamento do braço esquerdo, com massagem e ultrassom duas vezes por semana para melhorar a funcionalidade da extremidade superior.
8. Encaminhamento ao serviço de Saúde Bucal, para o acompanhamento quinzenal porque um idoso sem dentes possui problemas de mastigação, deglutição e na fala, as próteses podem melhorar significativamente a qualidade de vida do idoso. Poderá sorrir sem constrangimentos e ter maior participação na vida social.
9. A equipe trabalhará, através da Assistente Social, Psicóloga do NASF e CRAS, com visitas semanais, para melhorar o vínculo entre a senhora C.P e seus filhos. Além disso, procurar a possibilidade deles virem para visitá-la, já que isso, vai ser apoio para nós e para o cuidado e adesão ao tratamento.
10. Solicitar, através da 15ª CRS, um andador para melhorar sua locomoção.

As Equipes do município observaram que mesmo com todo o serviço prestado através dos profissionais do município, C.P necessita de um cuidador, no mínimo 8 horas diárias para que possa ajudá-la nas situações do dia a dia já que sendo idosa e doente necessita de cuidados contínuos. A internação a casa de idosos, seria uma última opção, já que tem família e responsáveis e acrescentaria os sintomas de depressão, podendo chegar a complicações como suicídio, ao contrário temos que reincorporá-la à sociedade e integridade e apoio familiar.

A incidência da hipertensão arterial aumenta extraordinariamente com a idade, os acidentes vasculares cerebrais, as doenças cardiovasculares, observam-se duas vezes maior nos idosos hipertensos. Como fatores de risco modificáveis deste caso clínico encontramos: cifras elevadas da pressão arterial, obesidade, sedentarismo, inadequados hábitos alimentares, quais são fatores adquiridos seja social e culturalmente, todos devem ser tratados com prioridade e a pressão arterial manter não

por encima de 160/90mm hg segundo referências, valores normais das pessoas idosas, temos que insistir na mudança no estilo de vida para fomentar vida saudável e qualidade de vida. Neste caso se prescrevem atividades de exercícios físicos tanto para a prevenção como no tratamento da hipertensão arterial da senhora idosa, tais como caminhadas, andar de bicicletas, exercícios de alongamento, atividades físicas de 3 a 5 vezes na semana, de 30 a 45 minutos, incentivamos a participar nas atividades de grupo para receber vídeos, encontros, palestras sobre sua doenças e como viver incorporando hábitos saudáveis na alimentação diária. O objetivo destas ações é reduzir os níveis de pressão arterial e a dor pelas doenças crônicas e lesões ósseo- mio articulares, reincorporação à sociedade do idoso e familiares.

Este PTS foi construído juntamente com a paciente, levando em consideração suas necessidades bem como o que as equipes têm condições de oferecer. O acompanhamento será feito até atingir melhoria clínica, fundamentalmente o descontrolo da PA e episódio depressivo. Uma vez compensada, agendamos uma consulta e duas visitas ao domicilio durante o ano. A equipe ajudara a paciente e familiares com o acompanhamento dos servidores de saúde segundo projeto apresentado, a incorporação aos grupos de apoio (idosos, de hipertensos, clube de mulheres) e com dinâmica familiar procuramos comunicação, inter-relação e participação familiar nos problemas de saúde.

3. PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.

O caso da senhora C.P e sua família representa uma das diversas situações sofridas dentro das famílias do município. O caso mostra uma família na qual se envolvem diferentes fatores psicológicos, biológicos e sociais que influem na aparição de doenças tais como: hipertensão arterial sistêmica e depressão.

No caso da depressão é uma doença muito frequente no grupo de pessoas que são acolhidas na minha UBS, como o caso da senhora do caso clinico, é frequente nas pessoas idosas, que moram sozinhas e doentes e limitadas funcionalmente por doenças do tipo ósseo-mio muscular. A tristeza, o choro, cansaço fácil, falta da apetite, distúrbios do sono, pensamentos negativos de inutilidade, são os sintomas mais comuns na depressão. Neste caso a causa fundamental seria pôr a solidão que esta apresentado a senhora e falta de acompanhamento e apoio familiar, nesta etapa da vida.

Atuando sobre esta família, as ações de educação, promoção e prevenção estão encaminhadas a garantir qualidade de vida da pessoa idosa, integralidade e responsabilidade familiar.

Atividades individuais e coletivas, que melhoram o desenvolvimento das suas condições de vida, da sua família e da comunidade, tais como atividades intelectuais e culturais que oferecem-lhe conhecimentos em diferentes áreas, socialização, independência, fortalecimento físico, e mudanças de paradigmas da idade, incentivamos na pratica de atividades física sistemática e fazer visitas de lugares de prazer, sugerimos aos professores de atividade física, como praticar Yoga, já que são exercícios de meditação, relaxação que melhora o estado mental ,diminui os distúrbios do sono, se intenta concentração durante as tarefas do dia todo, o qual seria de muito benefício para pessoas idosas contribuindo na prevenção da depressão, pero desafortunadamente não contamos com pessoas preparadas em nosso município. Os casos de depressão são tratados com a equipe do serviço de psicologia, medico clinico geral e psiquiatria.

A participação nas atividades de grupos do município, são espaços muito importantes e influentes para melhorar estado psicomotor das pessoas doentes e com risco de depressão, onde oferecemos atividades física, palestras, oferecemos- lhes

informações atualizadas e sugerimos participação a lugares como clubes, atividades da igreja para sua acompanhamento e integração social.

A medicação na doença depressiva depende do estado clínico e sua classificação, que são definidas como leve, moderada e severa, nesta última já existem, ideias suicidas e psicóticas e põem em risco a integralidade física da pessoa. Como medidas não medicamentosas consideramos importante para o tratamento da depressão :eliminar fumar, não ingerir bebidas alcoólicas, não excesso de cafeína e substâncias psicoestimulantes, já que agravaria os sintomas de ansiedade ou depressão. A psicoterapia conjunto com os medicamentos antidepressivos (os SRNI e benzodiazepínicos) são os métodos mais utilizados em nosso médio, os casos novos são encaminhados ao grupo de apoio do município para sua incorporação nas atividades programadas deste. São prescritas a medicina alternativa na população doente como plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos proporcionados na UBS como na farmácia popular. No município não contamos com outros métodos que contribuem ao bem-estar da saúde mental como a medicina tradicional chinesa, Homeopatia embora no caso da musicoterapia é praticada nos grupos formados dentro do município. A terapia artística ainda está em desenvolvimento, como o espaço lúdico onde os idosos e crianças desenvolvem habilidades manuais.

Temos um grupo de Terapia Comunitária em qual participam pessoas com variadas situações e problemas psicossomáticos, hipertensos, diabéticos, deprimidos, um caso de HIV positivo, adultos, idosos, familiares, servidores de saúde. “ A TC mostra um recurso eficaz para conhecer e intervenção nos quadros de depressão e saúde mental do grupo, identificar os fatores psicossociais do sofrimento” (AK Jain,2016). Pretendemos com este grupo a socialização e sensibilização da problemática dos seus integrantes como a prevenção dos riscos, principalmente o suicídio na pessoa idosa.

Muito importante tem sido o abordagem deste caso, porque enriqueceu meus conhecimentos, minha experiência profissional e elevou a preparação científica e técnica. Com a pesquisa de estudos e artigos relacionados ao tema, posso identificar diferentes fatores sociais determinantes que geram agravos e doenças mentais, gerando ações complexas pelos servidores de saúde, construindo projetos terapêuticos singular, mais, as ações compartilhada da equipe de trabalho da atenção primária permite,

enfrentá-los e solucionar situações. Acredito que as crises relacionadas ou não relacionadas ao ciclo vital da família, seriam menos vulneráveis, sempre que aprenda com os próprios erros. Acho que desde o início da etapa de criança, temos que estimular na população os valores que representam a família para o desenvolvimento social e pessoal, aprender os cuidados da saúde e ensinar para viver uma vida de qualidade, trabalhando na mudança de estilos de vida com educação permanente.

Quando nos deparamos com uma família distante, separada, só fica a responsabilidade da sociedade, o governo e dos servidores de saúde para melhorar a situação de saúde do cidadão, oferecendo-lhe ações educativas para viver saudável, preventivas secundárias para que os fatores de risco sejam menos vulneráveis, e ações preventivas terciárias para evitar desfecho fatal.

4. VISITA DOMICILIAR

Desde a fundação do município há 17 anos, a equipe da atenção primária vem fazendo atividades de visitas domiciliares (VD), principalmente, nas comunidades do interior onde ficam a minoria dos cidadãos. Esta atividade, como outras das funções da equipe de saúde, está organizada pelos profissionais da saúde. Antigamente, há 10 anos as VD eram feitas somente por enfermeiras e trabalhadores de assistência social; hoje a equipe está formada por multiprofissionais pertencentes ao programa de estratégias saúde da família (ESF) composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, agentes comunitários, os profissionais de saúde bucal como cirurgião-dentista e técnica em saúde bucal.

Nas visitas participam profissionais do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) integrada por psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista, assistência social, professor de educação física e técnico de epidemiologia. As ações do grupo de trabalho estão embasadas em princípios do SUS, de vínculo, da humanização, de continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilidade pelo trabalho e o cidadão e da participação da comunidade. Quinzenalmente, na reunião da equipe, se discute os casos para o acompanhamento semanal de pessoas com doenças crônicas, acamados, cadeirantes, grávidas, idosos sozinhos e famílias disfuncionais.

No caso da senhora C.P, de 67 anos ,viúva, obesa com DCNT(hipertensão arterial sistêmica, Osteoartroses e Depressão),a visita foi feita no primeiro trimestre do ano 2017, nesse momento foram identificados fatores de risco biopsicossociais os quais influem a saúde da paciente, valores de tensão arterial 180/95mm hg, com dificuldades para dormir toda noite ,queixa de dor no ombro e lesão do pé por caída recente, além disso, vive sozinha e seus familiares moram longe , só falar disso começa em chanto, ela sofre por problemas de alcoolismo de seu filho e suspeita uso de droga nele ,Irregularidade no cumprimento do tratamento contínuo, Hidroclorotiazida (cp 25mg) 1de manhã, toma várias qualidades de anti- inflamatórios (ibuprofeno 300mg,tandene 400mg,nimesulide 100mg) ,ela não está visitando a igreja por dificuldade para caminhar e sente-se inútil.

Disfruta visitar irmãs de religião e fazer crochet. Domicilio com teto de madeira, piso de louça, paredes revestidas, cozinha, banheiro, 2 dormitórios, ventilação e

iluminação adequada, disposição adequada dos despejos líquido e sólidos, não microvertederos e foco. Os problemas agudos são hipertensão arterial sistêmica descompensada e episódio depressivo agudo ligeiro.

Com nesta VD a equipe detectou possíveis agravos como complicação da HTA e suicídio, a comunicação entre a equipe multiprofissional e o paciente em sua residência, facilita uma atenção domiciliar integral, diagnóstico, tratamento e solução das necessidades sentidas familiar e social, da pessoa idosa. As ações na abordagem e no manejo das situações durante as VD feitas pela equipe de saúde são:

→ educativas: como incorporando de hábitos saudáveis (dieta com pouca sal, rica em frutas e verduras) e redução da sal na dieta do idoso, o consumo de 5gramos de sal ao dia e com a pratica de atividade física regular propiciam o controle da PA, reduzindo o peso e o risco DCV, é capaz de reduzir o risco de quedas e depressão. Incentivamos a incorporação aos grupos e atividades coletivas, de apoio e cuidados para a saúde.

→ preventivas: médico e enfermeiras oferecemos informações sobre sua doença, incentivamos ao controle da PA, equipe de enfermagem supervisa o programa de rastreio de câncer de mamas e útero através dos resultados da mamografia bilateral e colpocitológico de colo do útero, segundo protocolo do ministério da saúde, envolvida a senhora CP no grupo de risco de CA. Como prevenção do intento suicida, a atenção domiciliar será feita integralmente e compartilhado com servidores de psicologia, assistência social, ACS e apoiadores da comunidade, com o objetivo de mudar pensamentos, autonomia do cuidado, auto responsabilidades, reinserção e reabilitação. O serviço social apoia na aproximação e responsabilidade familiar, reforço de alimentos e dinheiro para melhorar situação socioeconômica.

→ terapêuticas: avaliamos risco e benefício do tratamento anti-hipertensivo e anti-inflamatórios, neste caso IECA (Enalapril cp10mg, 2xd) seria o indicado por os fatores de risco como obesidade, idade, e para a prevenção de DCV. A pactuação do tratamento antidepressivo, será feita com aprovação e critério da pessoa, para atingir adesão permanente e cumprimento das orientações. O acompanhamento para o curativo da lesão, será o primeiro na UBS aplicando as técnicas de assepsia, se encaminha ao serviço de fisioterapia-reabilitação com o objetivo de aliviar sintomas osteomioarticulares, que vai melhorar humor e qualidade de vida da doente. As visitas

da equipe ESF e da AP seriam feitas com sistematicidade para avaliar terapêutica e a continuidade do desenvolvimento da situação de saúde. As atividades e ações são compartilhadas com todos os servidores da atenção primária de saúde, gestor da UBS, e redes de atenção.

REFLEXÃO CONCLUSIVA

Com o curso de especialização em medicina familiar, tem atingido prática durante meu trabalho no Brasil, especificamente na população do município São Pedro das Missões, quem maioritariamente está carente de recursos, em educação superior e presença de elevado número de doenças crônicas. Ao início muito foram as dificuldades apresentadas na unidade básica, por a língua e processo de trabalho. Uma das barreiras encontradas foram que os próprios profissionais de saúde apresentaram dificuldades para trabalhar em equipe completa, contamos com o NASF incompleto e frequentemente as visitas domiciliares não têm a participação de todos os integrantes da equipe por dispõem de transporte inadequado.

Em quanto as ações da equipe de saúde podemos incrementar as atividades de promoção da saúde, como entrega e preenchimento da carteirinha de idosos, de hipertensos, ao 100% das pessoas cadastradas, realizar as visitas domiciliares segundo protocolo de atendimento duas vezes ao ano e a consulta agendada, vacinação ao 100% da população e incrementar atividades de educação permanente, promoção e preventivas no coletivo, fundamentalmente a incorporação e incremento da assistência aos grupos de idades (HiperDia, Saúde mental, Saúde da mulher, clube de mulheres, grupo de saúde e associação da terceira idade) oferecendo palestras de assuntos de interesse individual e coletiva, entrega de material didático e científicos para motivação e educação da saúde, estimular caminhadas, assistência à academia de saúde promover alimentação e estilos de vida saudável, visitar e participar em lugares de prazer.

Os ACS devem cadastrar ao 100% da população do território, em suas VD, a vigilância ativa, sistemática e o acompanhamento dos casos com doenças agudas, deve

ser o primer contato ao sistema de saúde, evitando agravos e surtos vulnerável. Pretendo com esta reflexão identificar os problemas do município e melhorar a qualidade de vida dos moradores são-pedrenses. Com o curso superei muitas dessas dificuldades, os vídeos foram muito práticos, as bibliografias recomendadas enriqueceram a minha experiência profissional e os casos clínicos são bem representativos na minha população de abrangência. As ferramentas de trabalho como prontuário eletrônico, cadernos de atenção, a equipe ESF, NASF, CRAS são novas experiências de trabalho que estão bem estruturadas, as quais facilitam desenvolvimento simples e prático do trabalho na atenção primária, oferecendo qualidade da atenção ao cidadão brasileiro.

Este curso incorporou-me conhecimentos da situação demográfica, social e epidemiológica de Brasil, do estado de rio grande do sul e do município, me permitiu desenvolver ações de promoção, prevenção e reabilitação com melhor preparação profissional e organização do trabalho em equipe.

O curso me ofereceu a oportunidade de desenvolver um projeto de intervenção com idosos hipertensos do município, conhecer diferentes culturas, língua, costumes, doenças, fatores de risco e necessidades dessa população. Acredito, que o trabalho foi possível pelo interesse, organização, empenho e gestão pessoal durante tudo este tempo. Agradecimento especial, a equipe de ESF, gestor de saúde e prefeitura do município pela colaboração e apoio na realização do meu trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministerio de saúde |Secretaria de Vigilância em saúde.pag 145-166.Saude Brasil 2012 Caderno de atenção básica –Acolhimento da demanda espontânea. Queixas mais comuns na atenção básica. Volumem II.1ra edição, Ministério da saúde, No 28, Brasília DF 2013

The internacional jornal of Indian psycology. Comparison of management of depression in diferente age groups. A clinic estudy.AK. Jain,S kumar.Volume 4,Issue 1 No .83.published,december,2016

CENSO IBGE 28/08/2015 e 2016

Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da família? 74 - Maria Guadalupe Medina¹, Rosana Aquino², Ana Luiza Queiroz Vilasbôas³, Eduardo Mota⁴, Elzo Pereira Pinto Júnior⁵, Leandro Alves da Luz⁶, Davllyn Santos Oliveira dos Anjos⁷, Isabela Cardoso de Matos Pinto⁸- SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, P. 69-82, OUT 2014

Artigo da Academia americana de pediatria (Bar S,Milanaik,R, Long-term neurodevelopmental benefits of breastfeeding.2016;aug,28(4)

Artigo publicado por Barbara Ferreira Santos;2016,Out,19

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014

Secretaria de Atenção à Saúde: norma técnica / Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. - 2ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2011

Diretriz brasileira de hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN- 0066-782X • Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016

Procedimentos/ministério da saúde, secretaria de atenção á saúde, departamento de atenção. -Brasília: Ministério da saúde, Julho,2011

Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas na comunidade.R.enferm Cent.O.Min.2014 maio/ago;4(2):1135-11451135.Santos GS, Cunha ICKO

ANEXO 1 -PROJETO DE INTERVENÇÃO



MARITZA GUTIÉRREZ ZEQUEIRA

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS IDOSOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA UBS SÃO PEDRO DAS MISSÕES-RS**

SÃO PEDRO DAS MISSÕES-RS

2017

RESUMO

O projeto de intervenção tem como objetivo principal, melhorar a atenção ao idoso com hipertensão arterial do município São Pedro das missões do estado Rio grande do sul, no período do 1ro de fevereiro ao 28 de abril do 2017, Realizando cadastramento da população maior de 65 anos, identificando os idosos com hipertensão arterial, acompanhamento e desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de complicações da HTA. O estudo será descritivo, o período do projeto compreende revisões bibliográfica, os resultados serão expostos e analisados para avaliação da intervenção, posteriormente aprovada será feito o projeto.

1. INTRODUÇÃO

Desde as últimas décadas do século passado, o Brasil se depara com um declínio rápido e acentuado da fecundidade, fenômeno sem precedentes na sua história, e que se sobressai mesmo em comparação com outros países, seja do mundo desenvolvido, seja entre aqueles em desenvolvimento. Como aconteceu na maioria destes países, esse declínio, combinado com a queda da mortalidade, acarretou um processo de envelhecimento populacional e de aumento da longevidade da população. (ART Universitas- ciências de saúde,2011)

Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são freqüentemente encontradas entre os idosos. E o aumento no número de doenças crônicas está diretamente relacionado com maior incapacidade funcional. O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos.

No Brasil, de 204 milhões de habitantes o 10,8% da população tem mais de 60 anos, de acordo com os dados do IBGE - Censo 28/08/2015. Das 20 cidades no Brasil com maior proporção de idosos, 17 delas estão localizadas no estado Rio grande do Sul, a capital dos gaúchos chamada Porto Alegre tem uma estimada no 1ro de julho de 2015, de 1476.867 habitantes sendo um 15% idosos.

O município São Pedro das Missões, localizado na mesorregião noroeste do estado, tem uma unidade básica de saúde (UBS) com estratégia de saúde da família(ESF) que atende uma população no censo 2010 tinha 1886 habitantes, na estimada do 2015 tinha 1984 habitantes com uma população de idoso de 365 com proporção de 16,28 % do total da população desta unidade para uma expectativa de vida ao nascer de 73,26 anos, que é inferior aos dado do pais (com 75,2) e do estado (77,5). A unidade de saúde possui equipe da estratégia de saúde da família(ESF) composto por medico, uma enfermeira, técnico de enfermagem, dentista ,auxiliar de consultório dentário que trabalham em conjunto com cinco agentes comunitários de saúde (ACS) e

com 661 famílias , há disponibilidade de NASF composto por uma reabilitadora , uma Psicóloga e uma assistente social

, também equipe de NAAB (Núcleo de apoio à atenção Básica) composto por uma Psicóloga, um educador de atividades física , uma assistente social e uma técnica de enfermagem. Não possui Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), nem atenção especializada ou serviço Hospitalar no Município, em caso de necessidade ou urgência, os usuários são transferidos para o Hospital em Palmeiras das Missões, localizado a 30 km de distância. Identificar os fatores de agravos das doenças crônicas nos idosos pode auxiliar os planejadores de políticas públicas na (re) organização de estratégias preventivas mais eficazes que irão, conseqüentemente, reduzir os custos com o serviço de saúde e minimizar a carga sobre a família. Entre as doenças crônicas de maior incidência dentro do grupo etário das pessoas maior de 60 anos, atendida na UBS estão a Diabetes Mellitus, registrados 61 pacientes e a Hipertensão Arterial, que representam 363 pacientes entre outras doenças como: angina e/ou Infarto do miocárdio, acidente vascular cerebrovascular (AVC), depressão, incapacidade funcional, doenças pulmonar, câncer, artropatias. A mobilidade constitui um componente essencial para avaliar a qualidade de vida dos idosos, sua capacidade se manter na comunidade desfrutando sua independência até as idades mais avançadas.

O objetivo de este trabalho é melhorar a atenção á saúde dos idosos com doença crônica, como a hipertensão arterial, conhecendo os fatores relacionados a eles e integrando ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família conjuntamente com grupos de apoio e familiares, para a prevenção de complicações da hipertensão arterial, incorporando estilos de vida saudável e melhorar qualidade de vida deste grupo etário.

HIPÓTESES

No município São Pedro das missões, a hipertensão arterial é mais apresentada em pessoas menores de 65 anos de idade.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Melhorar a Atenção à Saúde dos Idosos com hipertensão arterial sistêmica na UBS-ESF do município São Pedro das missões no período do 1ro de fevereiro ao 28 de abril do 2017.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os pacientes idosos da UBS com doenças crônicas não transmissíveis.
- Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Melhorar a qualidade do programa de saúde do idoso com Hipertensão arterial.
- Acompanhar pacientes identificados, disponibilizando acesso ao atendimento com a equipe de referência.
- Realizar avaliação da capacidade funcional dos idosos. 3.3- Avaliação clínica apropriada aos 100 % dos idosos.
- Realizar visitas domiciliares aos 100% dos idosos hipertensos acamados ou com problemas de locomoção.
- Ampliar a promoção de saúde do programa de saúde do idoso.
- Ampliar a avaliação dos riscos de agravos cardiovasculares, sensibilizando a paciente da necessidade de modificar estilos de vida para melhorar sua saúde.
- Garantir a orientação á prática regular de atividade física aos idosos.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado (Brasília, 2014)

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, também é um instrumento valioso que auxiliará na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Para os profissionais de saúde, possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população.

Para as pessoas idosas é um instrumento de cidadania, onde terá em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa representam dois importantes instrumentos de fortalecimento da atenção básica. Para que as ações propostas neste caderno sejam desenvolvidas, cabe ao gestor municipal garantir a educação permanente em relação à Saúde da Pessoa Idosa para toda a equipe da Atenção Básica/Saúde da Família. Deve garantir também a reprodução dos instrumentos de avaliação aqui disponibilizados. (Brasília, 2012)

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação

de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012). Embora apresentem menor importância nos idosos em relação aos jovens, devem-se identificar os fatores que poderiam acentuar a hipertensão, agravando o prognóstico e interferindo no tratamento farmacológico da hipertensão. Como fatores mais importantes a serem considerados, temos o fumo, hiperlipidêmica, diabetes, a obesidade e inclusive, os valores pressóricos.

Na faixa etária dos pacientes idosos, a hipertensão arterial sistêmica apresenta-se com algumas características particulares.

- Hipertensão arterial sistólica - Caracteriza-se pela elevação da pressão arterial sistólica a níveis iguais ou superiores a 160 mm Hg,
- Hipertensão arterial diastólica - Ocorre por aumento primordial da resistência arteriolar periférica, sendo em aproximadamente 89% dos pacientes de todas as idades, essencial ou idiopática,
- Hipertensão sistólica com pressão diastólica baixa - Caracteriza-se pela elevação da pressão sistólica, geralmente discreta ou moderada e pressão diastólica baixa, inferior a 80 mm Hg,
- Hipertensão sistólica predominante - Observa-se acentuada elevação da pressão arterial sistólica, desproporcional ao grau de elevação da pressão diastólica, que pode ser pôr a redução da elasticidade das paredes da aorta e das grandes artérias.

Dados epidemiológicos coletados pelo Serviço Nacional de Saúde dos Estados Unidos 1, revelaram que a incidência de hipertensão arterial na população geral é de aproximadamente 16%, sendo 9% nos brancos e 22% nos negros. Essa incidência aumenta extraordinariamente com a idade pois, segundo a mesma pesquisa, após os 65 anos atinge 50% dos indivíduos, permanecendo mais elevada nos negros. Inúmeras controvérsias existem sobre a importância da hipertensão arterial no idoso e a

necessidade de seu tratamento, pois alguns autores a consideravam, na maioria dos casos, como consequência “normal” do processo de envelhecimento. Mesmo recentemente, têm surgido afirmações de que uma elevação significativa da pressão arterial no idoso pode não ser prejudicial. (Brasilia,2013).

No entanto, nenhum estudo controlado foi publicado confirmando o ponto de vista de que a hipertensão no idoso é condição benigna. Ao contrário, diversas evidências têm demonstrado que ela constitui uma das grandes causas de morbidade e de mortalidade, tanto no jovem como no idoso. Inúmeras investigações 7-8 também têm correlacionado a hipertensão com os acidentes vasculares cerebrais, observando-se uma incidência duas vezes maior nos idosos hipertensos. “” No âmbito da intervenção aumenta a consciência de que é importante identificar e promover condições que permitam a ocorrência de uma velhice longa e saudável, com uma relação custo-benefício favorável aos indivíduos e as instituições sociais, num contexto de igualdade quanto á distribuição de bens e oportunidades sociais”(Gerson Santos,2015.)

Por tanto, a atenção adequada da hipertensão arterial no idoso tem por objetivo, excetuando-se os raros casos de crise hipertensiva, a redução lenta e progressiva da pressão arterial, para atenuar ou aliviar os sintomas e diminuir a possibilidade de complicações. Em alguns pacientes idosos, a normalização dos valores. O controle da hipertensão arterial por meios não farmacológicos tem recebido ultimamente maior atenção. A restrição de sódio e a redução do peso são as duas principais medidas a serem. A redução de peso nos idosos hipertensos e obesos estaria indicada não só para redução da pressão arterial, mas também pelo fato da obesidade representar um fator adicional de risco cardiovascular. As atividades físicas habituais não necessitam ser restritas nas hipertensões não complicadas. Períodos adequados de repouso e de sono, momentos de recreação e de descanso, contribuem para o tratamento.

4. METODOLOGIA

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (ESF) do Município São Pedro das Missões, Rio Grande do Sul. Ele terá como população alvo os 323 idosos (60 anos ou mais) da área de abrangência. Será utilizado o Protocolo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa Envelhecimento, 2010 e o Caderno de Atenção Básica número 19, 2006, ambos do Ministério da Saúde. Os registros serão feitos em instrumento de consulta e o monitoramento, pelos dados do SIA, SIAB e ficha espelho saúde do Idoso.

MATERIAIS E MÉTODO

A intervenção do projeto, tem início previsto para começo de fevereiro de 2017 com duração de três meses e será utilizado o Protocolo de Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento, 2010 e o caderno de atenção básica número 19, 2006, ambos do Ministério da Saúde. Primeiramente será feita uma qualificação com toda a equipe de saúde, saúde da família juntamente com os agentes comunitários, NASF e gestor municipal para apresentar o projeto e o programa da saúde do idoso. Além de definir as funções de cada profissional na realização da intervenção, iremos providenciar e avaliar os recursos necessários para o desenvolvimento: transporte para busca ativa dos faltosos, folhas para a impressão das planilhas, fitas para HGT, material adequado para aferir a pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Após esta qualificação, o próximo passo será o cadastramento dos idosos, os que serão realizados pelos ACS nas visitas domiciliares e pela técnica de enfermagem da ESF para os que procurarem a UBS espontaneamente, este cadastro ocorrerá diariamente. Os ACS atualizarão mensalmente este cadastro e parte das informações que alimentam o SIAB (Sistema de informação na atenção básica) em conjunto com a equipe da ESF. Também será realizada uma capacitação para os ACS, na primeira quinta feira na tarde do primeiro mês da intervenção e demais integrantes da equipe

sobre o programa de saúde da pessoa idosa e correto preenchimento da caderneta do idoso, será apresentado o protocolo de saúde do idoso do Ministério da Saúde e entregue o material impresso à toda a equipe. Será confeccionado um livro para o registro de todos os dados dos idosos avaliados, isto, permitirá melhor monitoramento e avaliação dos indicadores e metas. Será utilizado o computador que está disponível no consultório médico da ESF pelo coordenador do projeto. No entanto, a avaliação também será registrada na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e prontuário eletrônico (e-sus) para que todos os demais membros da equipe possam ter acesso às informações.

Os idosos serão avaliados semanalmente todas a segunda feira de amanhã (20 pacientes por dia) com prévio agendamento pelo ACS de sua respectiva micro área, sendo que serão atendidos os idosos tanto da zona urbana quanto da zona rural do município, será feito um agendamento equitativo das vagas para cada uma das micro áreas da zona rural e as restantes vagas serão ocupadas pelos idosos da zona urbana, esta distribuição será feita tendo em conta a disponibilidade do transporte. As pessoas serão acolhidas primeiramente na recepção, depois encaminhados para a sala de triagem, onde, a enfermeira irá aferir os sinais vitais, incluindo teste de glicose para os diabéticos, peso, altura e circunferência abdominal para depois serem encaminhados à consulta médica.

Serão realizadas visitas domiciliares pela equipe da ESF junto com o ACS a todos os idosos acamados e ou com dificuldade de locomoção. Além das visitas de busca ativa aos faltosos quando necessário pelo ACS. A ESF tem um carro para visitas e procedimentos em domicílio. No entanto será entregue antecipadamente um cronograma com os dias e horários das visitas ao responsável pelos carros, com isso, o temos transporte disponível para estas atividades.

O monitoramento das metas e ações do projeto será realizado semanalmente, juntamente com a enfermeira da ESF. Onde serão verificadas as fichas espelho das pessoas, identificando aqueles que estão com consultas médicas, odontológicas, exames clínicos, exames laboratoriais em atraso. As fichas espelho serão impressas na própria UBS pelo coordenador do projeto. Quando detectado alguma anormalidade ou atraso estes pacientes serão encaminhados para que o ACS faça a busca ativa deixando agendada uma nova consulta. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha

espelho e livro de registros serão consolidadas na planilha de coletas de dados pelo médico do projeto, para alimentação dos sistemas de saúde e discutidas durante reunião de equipe. O médico e a enfermeira realizarão semanalmente antes das consultas, 15 minutos de palestra, sobre atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, incluindo saúde bucal, as quais serão planejadas também nas reuniões de equipe. Será utilizado nas palestras material impresso recebido pelo Ministério da Saúde, disponíveis na UBS tais como folhetos, cartazes e um álbum seriado sobre Vida Saudável também do Ministério Saúde para melhor explanação e entendimento sobre os temas abordados.

Será feita avaliação odontológica dos idosos cadastrados no projeto, e serão registrados no prontuário e na ficha espelho. Cada segunda feira será agendadas aqueles que foram-lhes diagnosticados alterações peri-odontológicas e recuperação dos faltosos a consultas.

Ao final das 12 semanas será realizada uma apresentação dos resultados para avaliação da intervenção.

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Recursos humanos: A Equipe conta com 1 médico, 1 enfermeira, 4 técnicas de enfermagem, 5 agentes comunitários de saúde, 1 Psicólogo, 1 dentista, 1 técnica de saúde bucal, 1 técnico de atividade física.
- Recursos materiais: Computadores, ficha de acompanhamento individual, esfigmomanômetro, glicômetro, algodão, álcool, folhas, impressora, Caderneta do idoso, caderno de atenção básica (envelhecimento e outras)

7. Resultados esperados

Com o projeto de intervenção se espera ampliar a cobertura de atenção à saúde de todas as pessoas idosa com hipertensão arterial do município São Pedro das missões, o cadastramento, avaliação e adesão ao programa de saúde do idoso. Pretendemos melhorar a qualidade da sua atenção e promover atividades para mudanças no estilo de vida. Se espera obter deste grupo avaliado, um padrão representativo da atenção de saúde à comunidade com orientações sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Qualidade de vida de idosos atendidos em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal Rayanna Gonçalves Góes e colab. Brazilia 2011 Arq. . Bras. Cardiol. vol. 99.num. 2 São Paulo. Aug. 2012 Epub June 28, 2012

Caderno de atenção à saúde do idoso e envelhecimento no 30. Brasília –DF 2014 BRASIL, Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.

Caderno de atenção básica No. 30. Brasília: Ministério da Saúde, 2013
Art. Caderno de atenção ao idoso 2012

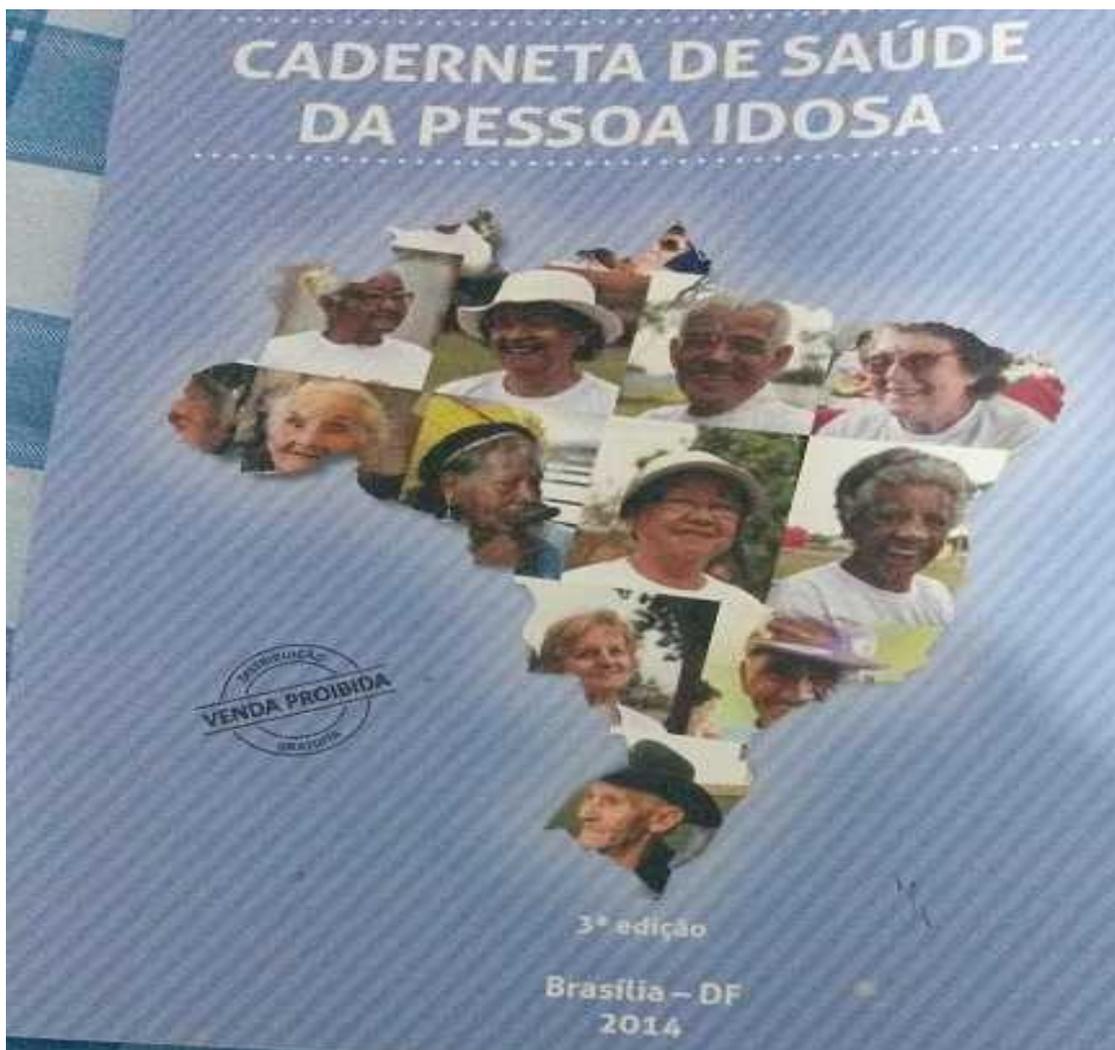
BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

GORDILHO, A; Sérgio; Paes Alves Frieire, M; Espindola, N; Mala, R; Vera, R; Karsch, U . Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso. Rio de Janeiro: UERJ, 2013

World Health Organization (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS; 2015

Avaliação da qualidade de vida da mulher idosa na comunidade. Gerson Souza Santos, et .al, 2015

OUTROS ANEXOS



3. CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

Data	PA	Data	PA

FOTO DE PALESTRA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE.



Arquivo com o consentimento dos autores.

FOTO DE ATIVIDADE FÍSICA DE GRUPO



Arquivo com o consentimento dos autores.

FOTO DE VISITA DOMICILIARIA A FALTOSOS E ACAMADOS.



Arquivo com o consentimento dos autores.

FOTO DE PALESTRA DE PROMOÇÃO DE SAUDE.



FOTO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE.



Arquivos com o consentimento dos autores.