



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Lucia Isabel Ona Hernandez

Projeto de intervenção educativa sobre a Hipertensão  
Arterial Sistêmica para usuários idosos da Unidade  
Básica de Saúde Pranchita, Paraná

Florianópolis, Março de 2018



Lucia Isabel Ona Hernandez

Projeto de intervenção educativa sobre a Hipertensão Arterial  
Sistêmica para usuários idosos da Unidade Básica de Saúde  
Pranchita, Paraná

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Larissa Pruner Marques  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018



Lucia Isabel Ona Hernandez

Projeto de intervenção educativa sobre a Hipertensão Arterial  
Sistêmica para usuários idosos da Unidade Básica de Saúde  
Pranchita, Paraná

Essa monografia foi julgada adequada para  
obtenção do título de “Especialista na aten-  
ção básica”, e aprovada em sua forma final  
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-  
versidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Larissa Pruner Marques**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018



# Resumo

**Introdução:** O fundamento da intervenção é que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui o primeiro dos fatores de risco cardiovascular em pacientes geriátricos. **Objetivo:** Reduzir o risco de complicações por hipertensão arterial sistêmica entre os idosos da Unidade Básica de Saúde Pranchita, Paraná. **Metodologia:** Será realizado um estudo de intervenção educativa para idosos da área de abrangência da UBS de Pranchita, do município Pranchita, estado do Paraná. O público-alvo da pesquisa inclui portadores de HAS residentes na área de abrangência da UBS e os profissionais de saúde em exercício na UBS durante o período da intervenção. Serão identificadas as necessidades de aprendizagem entre 87 idosos, interessados em participar e com HAS. Dentre os problemas enfrentados na UBS Pranchita na atenção a hipertensos, destaca-se a baixa adesão dos usuários com HAS ao tratamento medicamentoso e desconhecimento a respeito da doença. **Resultados esperados:** Espera-se por meio de uma intervenção, de cunho educativo promover e aprofundar o conhecimento dos usuários idosos sobre a HAS. Para tal, busca-se neste programa educativo, a partir de uma identificação de necessidades de aprendizagem dos usuários da unidade de saúde da família Pranchita que tiveram dispostos a participar do estudo, aprimorar o conhecimento sobre a HAS, os cuidados necessários, para que dessa forma conheçam os fatores importantes para a diminuição do risco das complicações desta doença.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus, Fatores de Risco, Hipertensão, Prevenção de Doenças, Tratamento Farmacológico



# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	15
2.1	Objetivo geral . . . . .	15
2.2	Objetivos específicos . . . . .	15
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	17
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	25
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	29
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	31



# 1 Introdução

A análise da situação de saúde é definida como resultado da ação dos diferentes fatores sociais na identificação e solução dos problemas de saúde, daí que seu objetivo geral seja analisar, prévia caracterização, a situação de saúde da população com um contexto dado, em seu palco e tempo concreto com vistas á identificação e vulnerabilidade dos principais problemas de saúde, desde um enfoque epidemiológico - estratégico (BATISTELLA, 2017).

O presente trabalho consiste na realização da análise situacional de saúde na UBS(Unidade Básica de Saúde) PRANCHITA situado no município Pranchita, Estado Paraná, em janeiro de 2017. Os dados analisados são referentes à janeiro de 2017 até julho de 2017. Isto foi possível por um processo de coleta, tratamento e análise dos dados colhidos em documentos legais de trabalho dos agentes comunitários de saúde, do sistema de informações em saúde da Secretaria Municipal e da atenção básica. Também teve muita importância a participação efetiva das pessoas que atuam na equipe. Foi realizado o processo de territorialização para a reconhecimento das condições de saúde e risco da população, para posteriormente planejar e programar as ações. Assim, o Diagnóstico de Saúde da população de Pranchita, atendida pela Equipe de Saúde da Família (ESB) da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Pranchita tem como base os dados dos Sistemas de Informação em Saúde, com especial ênfase no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Conhecer a comunidade, o local de trabalho, é o primeiro e um dos mais importantes passos para a ESF. Para isso, os residentes alocados na área de abrangência da qual equipe que integro é responsável, desenvolveram um trabalho que priorizou olhar e ouvir a comunidade, envolvendo os moradores e não apenas falando sobre eles. As necessidades que a equipe identifica como prioridades, nem sempre é a real necessidade de seus pacientes e através desse trabalho os moradores tiveram voz.

Pranchita está localizado no extremo sudoeste do estado do Paraná, ocupando uma área territorial de 246km<sup>2</sup>, a uma altitude de 460m acima do nível do mar, longitude de 53°45'00'' Oeste e latitude de 26'00'00'' Sul. O seu clima é subtropical úmido mesotérmico, com temperatura mínimade 11°C, máxima de 25°, embora já tenha atingido uma temperatura mínima de 3°C e máxima de 38°C. A precipitação pluviométrica no município é bem distribuída durante todos os meses, alcançando um índice de 1,800 a 2,000mil metros anuais. Os municípios limítrofes são ao norte Pérola D´Oeste e Bela Vista da Caroba, sul Santo Antônio do Sudoeste, Leste Ampére e Oeste República Argentina.

O município de Pranchita é banhado pelos rios: Capanema, Jacutinga, Claro, Pranchita e Aurora. A fauna está em extinção e se cultiva a flora nativa. Os primeiros habitantes da região onde se localizam os municípios de Pranchita e Santo Antônio do Sudoeste foram dois paraguaios, Dom Lucca Ferreira e João Romero, que chegaram em 1902. Eles

extraíam a erva-mate, que era uma das principais riquezas da região. Como não havia estradas, faziam picadas na floresta e se utilizavam de animais para transporte de cargas. Mais tarde, vieram as famílias dos brasileiros Antonio Colla, no ano de 1925, Gregório Ferreira em 1934, Leonardo Canzi e Júlio Giongo em 1938. O último trouxe em lombo de burro, máquinas para montar a primeira serraria, existente ainda hoje no município.

Contam os primeiros moradores que Dom Lucca gostava de dar o nome de seus filhos a partir das localidades por onde costumava passar. Assim, o nome Pranchita, vem do nome de uma de suas filhas, chamada Planchita. Com o desenvolvimento da localidade, Pranchita passou a ser distrito do município de Santo Antônio do Sudoeste, em 26 de fevereiro de 1964, conforme a Lei nº 4.384/1964. O plebiscito ocorreu em 13 de dezembro de 1981 e em 11 de maio de 1982 foi emancipado.

De acordo com o Censo 2000 do IBGE, Pranchita possui aproximadamente 6.258 habitantes, sendo 3.160 na área urbana e 3.098 na zona rural. Em 2007 a cidade possuía 5.811 habitantes e no ano posterior 5.925 habitantes, caindo mais até atingir, em 2010, 5.632. A população tem taxa de crescimento anual de 1,38 %, sendo a renda municipal per capita de 254,47 e o IDH de 0,803, ocupando a décima oitava posição no ranking estadual, e o segundo lugar no ranking do sudoeste do Paraná. A renda do município provém basicamente da agricultura, com predominância da pequena propriedade, sendo que a grande maioria das propriedades possui até 50 hectares. Dentre os principais produtos agrícolas cultivados destacam-se: o milho, a soja, o trigo, o feijão e o fumo. Com relação à criação de animais, o que predomina é a bovinocultura, suinocultura e avicultura. As indústrias que predominam são de cerâmica, metalúrgica e serrarias, sendo 13 indústrias, 78 pontos de comércio varejista, 54 serviços e um comércio atacadista.

Algumas festas mais tradicionais são realizadas anualmente com acesso livre e de grande participação por parte da população, tais como a Festa de Nossa Senhora do Carmo, a Festa dos Padroeiros das Comunidades e as Festas Juninas. Os eventos recreativos e culturais são promovidos pelo Conselho Paroquial, das comunidades rurais, Prefeitura Municipal e outras entidades.

O município de Pranchita conta com nove unidades de ensino, sendo dois estabelecimentos municipais de educação infantil e quatro de ensino fundamental das séries iniciais, três escolas estaduais de ensino fundamental das séries finais e uma que oferta também o ensino médio regular, um Centro Particular de Ensino Profissionalizante que oferta a educação superior em parceria com o IESDE (Inteligência Educacional e Sistemas de Ensino).

Temos alguns movimentos sociais tais como: centros comunitários. Tem como objetivo estimular e fomentar o ideal de servir como base de todo o empreendimento digno, promovendo e apoiando o desenvolvimento do companheirismo como elemento capaz de proporcionar oportunidade de servir e o reconhecimento do mérito de toda ocupação útil. Assim como, a difusão das normas de ética profissional, a melhoria da comunidade pela

conduta exemplar de cada um na sua vida pública e privada, aproximação dos profissionais visando a consolidação das boas relações, da cooperação e da paz entre as pessoas.

As entidades representativas da comunidade são: APAE, Rotary, sindicatos, pastoral da crianças. As lideranças comunitárias são clube de mães, APMF (Associação de pais, mestres e funcionários: pessoas jurídicas de direito privado) e associação de moradores dos bairro, que é uma associação de prestação de serviços. Nesta os sócios podem desenvolver suas capacidades de lideranças ao mesmo tempo em que assimilam a importância do trabalho em equipe, dispostos a resolver problemas melhorando as condições de vida da comunidade em que vivem, através do interação os jovens descobrem oportunidades únicas de expressar o melhor de si mesmo com alta dose de recreação e divertindo-se também. Na Associação de Idosos participam idosos ativos, aposentados, professores, agentes comunitários de saúde e entidades representativas para criar condições para promover a longevidade com qualidade de vida.

Os equipamentos sociais: nove unidades de ensino, cinco igrejas. Vários espaços lazer como: ginásio municipal, academia do idoso e a praça central, igreja católica, evangélica e lituana. O perfil social da comunidade: a renda familiar é próxima de um ou dois salários mínimos, há muitas famílias incluídas no Programa Bolsa Família e do Leite. A alfabetização alcançou 95%, sendo 5% analfabetos, devido a muitos idosos que não tiveram oportunidade de educação. Ensino primário 50%, ensino médio 35% e superior 15%. O saneamento básico no bairro é 98% adequado, 100% da comunidade tem abastecimento de água tratada e energia elétrica. Não possui sistema de esgoto. As condições de moradia da população são a maioria com boa estrutura, casas de madeira, tijolo e mistas.

Os serviços públicos do bairro envolvem uma unidade de saúde (UAPSF PSF4), centro de referência de assistência social (CRAS). Os serviços de saúde são: Posto de saúde, Fundação Hospitalar da Fronteira, unidade de saúde da família, Hospital Santa Rosa e o CRAS de assistência social. O PSF e a Equipe de Saúde é composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um dentista e um auxiliar de dentista.

A área de saúde tem uma população de 2605 habitantes, dos quais 1285 (49,3%) são do sexo masculino e 1320 habitantes (50,7%) são do sexo feminino. Há uma predominância do sexo feminino, contudo com pouca diferença. A população com menos de 20 anos é de 766 habitantes, representando (29,4%) da população, de 20 anos até 59 anos com 1308 (50,2%) e mais de 60 anos, 531 habitantes (20,4%), o que corresponde ao fenômeno do envelhecimento da população (PRANCHITA, 2017).

Quanto a prevalência de doenças predominou a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), no último mês, foram 448 pacientes (17,2%) e de Diabetes Mellitus 67 pacientes (2,6%). Não tivemos casos de tuberculose, nem hanseníase. A equipe realiza o acompanhamento de pessoas com HAS e Diabetes a partir de consultas mensais, trimestrais ou semestrais, dependendo de sua enfermidade, com a visita domiciliar pelo agente de saúde, a fim de verificar o comparecimento dos pacientes nas consultas agendadas, se está tomando com

regularidade os medicamentos, se está cumprindo com as orientações de dieta, atividade física, controle de peso, assim como realização de consulta de enfermagem. O atendimento é programado e de acordo com a demanda esperada através de agendamentos, reunião de hipertensos e diabéticos.

Quanto a saúde bucal, o índice de Dentes Perdidos foi 178, e de obturados ou Cariados (CPO-D) 960. As cinco queixas mais comuns que levaram a população a procurar atenção na unidade de saúde em 2016 foram: 1-HAS e Diabetes Mellitus, 2-Ansiedade e depressão, 3-Dor abdominal, 4-Osteoartrose, 5-Infcções respiratórias. Em 2016 ocorreram 7 mortes, 4 eram do sexo masculino e 3 do sexo feminino. As principais causas de mortes foram: 1-Câncer, 2-AVC, 3-Infarto do Miocárdio, 4-Pneumonia.

Não existiram morte de crianças menores de um ano de idade, em 2016, e as crianças com até um ano de vida tem esquema vacinal em dia (100%), assim como 100% das gestantes tiverem mais de sete consultas durante o pré-natal. As Causas de Morbimortalidade Hospitalar foram: AVE, câncer, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, descompensações de doenças crônicas. As cinco principais causas de internações de idosos residentes do bairro forem: Pneumonias, Diabetes Mellitus Descompensada, HAS descompensada, Anemias, Doenças gástricas e Cirurgias.

Assim na população identificam-se como problemas: Aumento da incidência de pacientes com ansiedade e depressão, Aumento de morbimortalidade de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), Presença de idosos dependentes e portadores de DCNT, Aumento dos casos de gravidez na adolescência e dificuldade de saneamento básico e identificação da áreas de risco. A partir dos problemas percebe-se repetitivamente a presença das DCNT. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as DCNT se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa, por sua associação à deficiências e incapacidades funcionais e, também, por ser um conjunto de doenças que têm fatores de risco semelhantes. Entre elas encontram-se a HAS, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e a diabetes mellitus (BRASIL, 2017a)

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, pois são a primeira causa de morte no país. Neste contexto, destacam-se a HAS e a DM como os mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Possuem diversos aspectos em comum tais como etiopatogenia, fatores de risco, facilidade de diagnóstico, necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar, tratamentos não medicamentoso e medicamentoso e dificuldade de adesão às recomendações prescritas.

Diante do agravamento desse cenário em nível nacional, o Ministério da Saúde (MS) em 2001 desenvolveu o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão e Diabetes na Rede Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) para a prevenção e controle da HAS e DM (BRASIL, 2017b). Em 2002, novas estratégias foram incorporadas na rotina das unidades ambulatoriais do SUS, através do Programa HIPERDIA(SAÚDE, 2017b). A partir do

---

cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos em formulário padronizado buscou favorecer sua vinculação e acompanhamento e garantir o recebimento de fármacos para o tratamento medicamentoso. Além disso, através da análise dos indicadores do Programa é possível conhecer o perfil epidemiológico da população assistida (SAÚDE, 2017a) .

Nessa perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações de controle da HAS. A ESF, mediante as ações da equipe multidisciplinar, atua na promoção da saúde, na prevenção, recuperação e reabilitação dessas doenças, na manutenção da saúde e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade. Tais vínculos são decisivos para o sucesso do tratamento não medicamento e medicamentoso pelos hipertensos e diabéticos, pois quanto maior o grau de participação dos usuários como protagonistas no cuidado saúde, maior será sua adesão ao plano terapêutico proposto (UEPG, 2017) .

O envelhecimento da população brasileira é uma realidade que vem sendo demonstrada pelo Instituto de Geografia e Estatística. Conforme o censo demográfico a população de 60 anos chega a 14,6 milhões (BRASIL, 2017a). Dentre os problemas enfrentados na EBS Pranchitana Atenção a hipertensos, destacam-se a baixa adesão dos usuários hipertensos ao tratamento medicamentoso e desconhecimento da doença. Sabendo que o cumprimento correto do tratamento medicamentoso é uma das atividades essenciais para o adequado controle destas doenças. A Organização Mundial da Saúde considera o idoso, nos países em desenvolvimento, os indivíduos com 60 anos ou mais. As alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de HAS, sendo esta a principal doença crônica nessa população. A HAS é o mais importante fator de risco cardiovascular modificável, estando associada a condições bastante frequentes em idosos, como doença arterial coronária (DAC), doença cerebrovascular (DCV), insuficiência cardíaca (IC), doença renal terminal, doença vascular periférica, hipertrofia ventricular esquerda (HVE) e disfunção diastólica (MIRANDA, 2002)



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

Reduzir o risco de complicações por hipertensão arterial sistêmica entre os idosos da Unidade Básica de Saúde Pranchita, Paraná.

### 2.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores de risco presentes entre os idosos que podem resultar em complicações.
- Auxiliar na compreensão sobre o que é a doença e os aspectos epidemiológicos.
- Orientar sobre a importância dos hábitos de vida, a prevenção e o tratamento.



## 3 Revisão da Literatura

### Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (NOBRE, 2010).

Considera-se que um indivíduo é hipertenso quando tem uma pressão arterial repetidamente superior ou igual a 140mmHg para a sistólica e/ou 90mmHg para a diastólica. No entanto, para certos doentes, como os diabéticos ou renais ou já com doença cardiovascular, recomenda-se que tenham valores inferiores a 130/80mmHg. Não existe uma definição claramente estabelecida para os valores da pressão arterial nas crianças. No entanto, considera-se, geralmente, que os valores tensionais acima 110/70 mmHg, devem ser considerados suspeitos, antes dos 10 anos de idade. Com a idade a pressão arterial tem tendência a subir. Todavia a pressão arterial elevada no idoso não deve ser considerada normal (CARRAGETA, 2012). O Brasil, sexta maior população idosa projetada para 2025, apresenta atualmente números já alarmantes com relação a média de diagnósticos por paciente de doenças comprometedoras da funcionalidade. Dados de acompanhamento ambulatorial em serviços terciários nacionais apontam em idosos ambulatoriais, domiciliares e institucionalizados. Dentre as doenças de maior destaque, encontra-se a aterosclerose, que (aguda ou cronicamente) acomete artérias de médio e grande calibre levando ao sofrimento isquêmico dos órgãos distais à lesão, em territórios cardíaco, cerebral e periférico (CASERI, 2014).

O envelhecimento populacional é um dos principais fatores que impulsionam a “epidemia cardiovascular” e vem ocorrendo em uma velocidade sem precedentes na América Latina e no Caribe. No Brasil, a transição demográfica iniciada no final da década de 1960, com a diminuição da fecundidade, resultou num aumento progressivo do percentual de idosos. Em 1980, pessoas com 60 anos ou mais de idade perfaziam 6,1% da população, em 2000 eram 8,6%, e a projeção para 2050 é de 29,8%. A taxa de crescimento será mais acentuada ainda para os idosos mais velhos. O envelhecimento populacional tem elevado a carga das doenças cardiovasculares e de seus fatores de risco. As doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar como causa de morte no mundo. Estima-se que 17,5 milhões de pessoas morreram de doenças cardiovasculares em 2005, representando 30% de todas as mortes globais; e cerca de 80% dessas mortes ocorreram em países de baixa e média renda. A hipertensão arterial é o principal fator de risco cardiovascular e a chance de desenvolver hipertensão arterial aumenta acentuadamente com a idade, sendo ela a enfermidade crônica mais comum em idosos, com prevalência igual ou superior a 60% na América Latina

e no Caribe, bem como na cidade de Bambuí, em Minas Gerais (FREITAS, 2011).

### **Hipertensão arterial sistêmica e as doenças cardiovasculares no Brasil e no mundo**

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (NOBRE, 2010).

As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados<sup>1,3</sup>. Como exemplo, em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no SUS. Em relação aos custos, em novembro de 2009, houve 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$165.461.644,33 (DATA-SUS)<sup>5</sup>. A doença renal terminal, outra condição frequente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS, registrando-se 9.486 óbitos em 2007<sup>5</sup>. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA > 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos.

Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (NOBRE, 2010). Fatores de risco cardiovasculares (FRCV) como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Dislipidemia (DLP), Diabetes Mellitus (DM), sobrepeso e obesidade, tabagismo e história familiar, figuram dentre os fatores de risco clássicos de acentuada importância para o aparecimento ou agravamento da aterosclerose. A hipertensão arterial no idoso deve ser controlada sempre que for detectada, pois a pressão elevada é um importante fator de risco para desenvolver doenças cardiovasculares, como infarto e AVC. Ao contrário do que se pensa, na maioria das vezes, a pressão alta não causa sintomas, e atua silenciosamente no corpo predispondo às complicações. É comum que a pressão aumente com a idade, se tornando mais prevalente nos idosos, por isso, a pressão é considerada alta quando atinge 150 x 90 mmHg, diferente dos adultos jovens (MIRANDA, 2002).

Em um estudo de Caseri (2014) foram observados 110 pacientes idosos (média de idade  $72,9 \pm 7,1$  anos), quanto as informações constadas em prontuário sobre tabagismo,

sobrepeso/obesidade e histórico familiar, foram identificadas em 11,8%, 52,7%, e 0%, respectivamente. A prevalência de HAS, DLP e DM foi de 69,0%, 46,3% e 27,2%, respectivamente. Apenas 18,2% dos idosos não apresentaram nenhum fator de risco cardiovascular (FRCV), como HAS, DLP, DM, 34,5% apresentaram um fator associado, 33,6% dois fatores e 13,7%, três fatores. Dos idosos avaliados, 28,2% já apresentavam cardiopatia instalada. Em um estudo de [Soar \(2015\)](#) se observou que o fator de risco cardiovascular da HAS esteve presente em cerca de 80% dos idosos investigados; em mulheres, 82,30%; e em homens, 76,81% (Qui-quadrado= 3,81;  $p>0,05$ ). Em homens, a prevalência passou de 73,81% no grupo etário de 60 anos, para 92,86% em idosos 80 anos. Em mulheres, as prevalências se mantiveram em torno de 80%. Não foram encontradas diferenças significativas nos diferentes grupos etários, embora se observasse tendência ao aumento da prevalência de HA, tanto em homens como em mulheres, com o aumento da idade. Constatou-se maior prevalência (43,64%) em mulheres do que em homens (25,48%) (Qui-quadrado= 26,52;  $p(\text{SOAR}, 2015)$ ). Já em outro estudo as prevalências dos FRCV foram: 80,4% de hipertensão arterial; 83,3% de obesidade central; 59,8% de sedentarismo; 32,2% de obesidade total; 23,4% de dislipidemias; 19,1% de diabetes melito; 10,0% de tabagismo e 5,9% de consumo de bebida alcoólica. Quanto à simultaneidade, 2,4% dos idosos não apresentaram FRCV. A simultaneidade de dois ou mais FRCV ocorreu em 87,3% dos idosos e mostra-se com maior frequência entre as mulheres ([CONCEIÇÃO, 2010](#)).

[Bispo \(2016\)](#) recrutou 139 idosos, sendo 105 (75,5%) mulheres e 34 (24,5%) homens. A idade dos idosos variou de 60 a 101 anos, com idade média de  $72,32 \pm 8,4$  anos. Quanto à etnia, os não brancos representaram a maior parte da amostra (85,6%). No que se refere ao grau de instrução do chefe da família, 73,1% afirmaram ser analfabetos ou com ensino médio incompleto e quanto a classe econômica, 79 (57,2%) se enquadraram nas classes econômicas D e E. Mostrou os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, em que observou-se uma alta prevalência de idosos hipertensos (64,7%) e obesos (63,1%) e apresentou associação dos fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares com as variáveis sociodemográficas. Verificou-se associação do sedentarismo com grupo etário de 60-69 anos ( $p=0,004$ ) e com cor/raça não branca ( $p=0,013$ ). O sexo feminino foi associado à circunferência abdominal elevada ( $p=0,005$ ) e ao tabagismo ( $p=0,03$ ), enquanto o sexo masculino foi associado ao maior consumo de álcool ( $p=0,004$ ). O diabetes mellitus apresentou associação com classe econômica ( $p=0,04$ ).

Podemos dizer que os idosos podem ser consideradas como grupo mais vulnerável para fatores de risco cardiovascular (FRCV), pois tiveram maior número de medidas com valores acima do recomendado, bem como maior prevalência de hipertensão arterial, hipercolesterolemia, excesso de peso e adiposidade. Os FRCV ocorrem de maneira simultânea em mais da metade dos idosos, e os mais prevalentes foram: hipertensão arterial, obesidade central e sedentarismo. É preciso intensificar as estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos cardiovasculares em idosos usuários da atenção básica. Portanto,

faz-se necessário o planejamento e concretização de ações de cuidado integral com enfoque na prevenção das DCV, possibilitando ao hospital universitário, como centro de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde, aprimorar o atendimento e a elaboração de protocolos técnicos que melhore os padrões de eficiência, à disposição da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

### **Medidas não farmacológicas para a hipertensão**

A adoção de um estilo de vida saudável proporciona geralmente uma redução significativa da pressão arterial, que pode ser suficiente para baixar até valores tensionais normais. As vantagens que advêm de não ser, nestes casos, necessário recorrer a medicamentos (ou ser possível reduzir a sua quantidade) são por demais evidentes para necessitarem de ser enumeradas. A diminuição do consumo de sal reduz a pressão arterial em grande número dos hipertensos. Esta redução pode ser efetuada, não adicionando sal (ou reduzindo a sua quantidade) quer durante a confecção dos alimentos, quer à mesa, evitando ainda ingerir alimentos salgados. Os hipertensos com excesso de peso podem reduzir a pressão arterial através do emagrecimento. A perda de 5 Kg pode implicar uma descida da pressão arterial da ordem dos 10 mmHg na sistólica e de 5 mmHg na diastólica. Como já vimos, o consumo excessivo de álcool pode desencadear HTA em alguns indivíduos e, pelo contrário, a sua redução pode baixar a pressão arterial, além de ajudar a reduzir o peso. Também através de uma prática física regular pode-se reduzir significativamente a pressão arterial. O exercício escolhido deve compreender movimentos cíclicos (marcha, corrida, natação, dança). Os hipertensos devem evitar esforços como, levantar pesos, empurrar móveis pesados, que aumentam por vezes, excessivamente, a pressão arterial (CARRAGETA, 2012).

Para tratar a hipertensão arterial no idoso, é necessário fazer algumas mudanças no estilo de vida, como: ir no médico de 3 em 3 meses para avaliar a eficácia do tratamento; Redução do peso, no caso de peso em excesso; Diminuição no consumo de bebidas alcoólicas e parar de fumar; Reduzir o consumo de sal e evitar alimentos ricos em gorduras como embutidos, salgadinhos e comidas prontas; Prática atividade física aeróbica, pelo menos 3 vezes por semana. Veja quais os melhores exercícios para a terceira idade; Consumir alimentos mais ricos em potássio, magnésio, cálcio e fibras; Realizar alguma técnica de relaxamento, como ioga ou pilates (LIMA, 2017).

Os objetivos da terapêutica farmacológica são controlar a pressão arterial com o menor número e dose otimizada de fármacos, embora os fármacos antihipertensores tenham de ser frequentemente usados em combinação. Menos medicamentos significa menos efeitos acessórios e menos despesas para o doente. Nunca é demais salientar que, idealmente, os fármacos deverão normalizar a pressão arterial sem provocar quaisquer efeitos acessórios. O objetivo da terapêutica em termos tensionais deverá ser, pelo menos, o de obter valores iguais ou inferiores a 140/90 mmHg, embora a pressão arterial ideal deva ser inferior a 120/80 mmHg. Um dos aspectos mais frequentemente esquecidos é a importância de controlar os fatores de risco associados, tais como a obesidade, o tabaco, o álcool, o

sedentarismo, tão frequentes nos indivíduos com hipertensão (CARRAGETA, 2012).

O aumento da população idosa, em termos de saúde pública, traduz-se em maior número de problemas crônicos, entre elas a hipertensão arterial, de alta prevalência nesta faixa da população, tornando-se necessário o maior conhecimento e capacitação dos profissionais da área de saúde para diagnóstico e tratamento precoces e adequados, com mudanças do estilo de vida, medicamentos e pessoal capacitado e também de medidas de prevenção das complicações próprias da hipertensão arterial para redução de morbimortalidade cardiovascular com manutenção ou melhora da qualidade de vida e de independência funcional (CRUZ, 2008).

### **A Política Nacional do Idoso**

A Política Nacional do Idoso foi instituída pela Lei 8.842/94, regulamentada em 3/6/96 através do Decreto 1.948/96, amplia significativamente os direitos dos idosos, já que, desde a LOAS, Lei Orgânica da Assistência Social, as prerrogativas de atenção a este segmento haviam sido garantidas de forma restrita. Surge num cenário de crise no atendimento à pessoa idosa, exigindo uma reformulação em toda estrutura disponível de responsabilidade do governo e da sociedade civil (SANTOS, 2013). Essa política é norteada por cinco princípios. O primeiro diz que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida; O segundo diz que o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objetivo de conhecimento e informação para todos. O terceiro princípio diz que o idoso não pode sofrer discriminação de qualquer natureza, o quarto princípio o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através dessa política e finalmente de acordo com o quinto princípio as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral na aplicação dessa lei (SANTOS, 2013).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa propõe, para os idosos frágeis, a reabilitação da saúde, a prevenção e a atenção domiciliar. Já os independentes terão acesso a medidas de prevenção e promoção da saúde, atenção básica e suporte social. Segundo o Ministério da Saúde são considerados idosos frágeis, os acamados, hospitalizados recentemente por qualquer razão, os portadores de doenças causadoras de incapacidade funcional, os que vivam situações de violência doméstica e os idosos maiores de 75 anos (SANTOS, 2013).

A Política Nacional de Saúde do Idoso consta na íntegra do anexo da Portaria 1.395/1999 do Ministério da Saúde (MS) e dela é parte integrante. Esta política visa à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde, à 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 estão definidas as diretrizes norteadoras de to-

das 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. Sua implementação compreende a definição e/ou readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor saúde, direta ou indiretamente relacionados com seu objeto. Na PNSI foram definidas as seguintes diretrizes essenciais: - promoção do envelhecimento saudável voltado ao desenvolvimento de ações que orientem os idosos e as pessoas que estão envelhecendo em relação à importância da 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; - manutenção da capacidade funcional referente às ações com vistas à prevenção de perdas funcionais em dois níveis específicos: prevenção de agravos à saúde, que determinam ações voltadas para a imunização dos idosos, reforço de ações dirigidas para a detecção precoce de enfermidades não transmissíveis, com a introdução de novas medidas, como a 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; - assistência às necessidades de saúde do idoso, extensiva aos âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar. No âmbito ambulatorial a assistência será embasada na consulta geriátrica fundamentada na coleta e no registro de informações. Para tanto, serão utilizadas escalas de rastreamento para a depressão, perda cognitiva e avaliação da capacidade Política do idoso e a contribuição da enfermagem - funcional, assim como o encaminhamento correto para a equipe multiprofissional e interdisciplinar. Dessa forma, espera-se alcançar um impacto expressivo na assistência, em particular na redução das taxas de internação hospitalar e em clínicas de repouso, bem como a diminuição da demanda aos serviços de emergência e aos ambulatórios de especialidades. Na assistência hospitalar, a idade será considerada um indicador na determinação da assistência ao idoso enfermo, e o estado funcional será o parâmetro mais fidedigno no estabelecimento de critérios específicos de atendimento. Idosos classificados como totalmente dependentes constituirão o grupo enquadrado no conceito de vulnerabilidade. Os serviços de saúde deverão estar preparados para identificá-los e promover-lhes assistência diferenciada e pautada na participação de diferentes profissionais da área da saúde. A tentativa de reabilitação desses pacientes deve ser privilegiada antes e durante a hospitalização, para evitar internações prolongadas que aumentam a carga de sofrimento do idoso, bem como oneram os custos dos serviços de saúde. A assistência domiciliar constituirá estratégia importante para diminuir o custo da internação, pois é menos onerosa do que a internação hospitalar. O atendimento ao idoso enfermo, residente em instituições, terá as mesmas características da assistência domiciliar. A implantação do hospital dia geriátrico deverá ser estimulada,

e terá como objetivo viabilizar a assistência técnica adequada para pacientes cuja necessidade terapêutica e de orientação para cuidadores não justifique a permanência em hospital (RODRIGUES, 2007).

Um estudo divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta uma tendência de crescimento da população idosa brasileira. Em 2006, as pessoas com 60 anos ou mais alcançaram 19 milhões, correspondendo a 10,2% da população total do país. Um crescimento mais acentuado foi percebido no grupo com 75 anos ou mais. Em 1996 eles representavam 23,5% da população de 60 anos ou mais. Em 2006, eles já eram 26,1%. Observa-se ainda, que a idade na última etapa de vida também tem aumentado, a proporção da população “muito idosa”, ou seja, a de 80 anos e mais, também está e continuará aumentando a composição etária dentro do próprio grupo (CAMARANO, 2006) .

### **Direito a saúde**

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. Segundo o estatuto do idoso, a prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de cadastramento em base territorial; atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social; atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o poder público, nos meios urbano e rural; reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde (BRASIL, 2013).

O parágrafo 2.º do estatuto do idoso incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. Ressalta-se que ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. Enfatiza-se que se o idoso estiver no domínio de suas faculdades mentais é assegurado a ele o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável (BRASIL, 2013).

O artigo 18 do referido estatuto, esclarece que as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda. O artigo 19 traz informações em relação aos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso, esses casos serão obrigatoriamente comunicados

pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial; Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso ou Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 2013).

O aumento da longevidade e a redução das taxas de mortalidade, nas últimas décadas do século passado, mudaram o perfil demográfico do Brasil. Rapidamente, deixamos de ser um “país de jovens” e o envelhecimento tornou-se questão fundamental para as políticas públicas. Os brasileiros com mais de 60 anos representam 8,6% da população. Esta proporção chegará a 14% em 2025 (32 milhões de idosos) (SANTOS, 2013). A transição demográfica e epidemiológica são dois eventos integrantes da sociedade brasileira e contam com propostas específicas. Como evidenciado, as diversas propostas de Políticas de Atenção estão bem delineadas e traçadas. Cabe, porém, aos gestores dos serviços e a equipe de saúde debaterem as prioridades de atenção. De modo geral, os idosos brasileiros vivem, na sua maioria, na comunidade e a Atenção Básica à Saúde é uma das estratégias disponível para ser utilizada. Vale ressaltar, entretanto, que a formação da equipe de saúde para esta área de conhecimento é urgente, em virtude da demanda de atenção a essa população, no sistema de saúde. Busca-se a garantia dos direitos considerando a nova composição etária no país, o que, em bem pouco tempo, gerará a inversão do vértice piramidal em que hoje se encontram as populações mais jovens.

## 4 Metodologia

Será realizado um estudo de intervenção educativa para idosos da área de abrangência da UBS de Pranchita. O público-alvo da pesquisa inclui portadores de HAS residentes na área de abrangência da UBS e os profissionais de saúde em exercício na UBS durante o período da intervenção. Serão identificadas as necessidades de aprendizagem entre 87 idosos, interessados em participar e com HAS, onde esperamos encontrar um predomínio o grupo de idades de 65 a 69 anos para o sexo feminino, de 70 a 74 anos para o sexo masculino e aqueles que tiveram antecedentes patológicos familiares de HA, constatou-se a existência de desconhecimento quanto ao tratamento não farmacológico da HAS e a importância do mesmo. Além disso elevou-se o nível de conhecimento sobre o tema depois da intervenção educativa, avaliado pelo fato de que quase a totalidade dos adultos maiores respondeu adequadamente depois de aplicada a estratégia.

É consenso com uma pesquisa-ação, suas concepções se manterem estreita associação com a resolução de um problema elencado a partir da realidade. Assim, o tema central da pesquisa é a melhoria da atenção à saúde dos usuários idosos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, reduzindo o risco de complicações. No método de pesquisa-ação é necessário que se estimule a participação das pessoas envolvidas na pesquisa e se amplie o seu universo de respostas, passando pelas condições de trabalho e vida da comunidade. Assim, os participantes são levados a produzirem o próprio conhecimento estornam os sujeitos dessa produção. Para a realização e sucesso desta pesquisa, faz-se necessária a participação e o empenho de todos os membros da equipe multidisciplinar da UBS de Pranchita. As ações a serem realizadas nesta pesquisa, serão descritas, a seguir, detalhadamente, contemplando os respectivos eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica. Ações propostas por eixo pedagógico do curso. A seguir estão apresentadas as ações planejadas para serem desenvolvidas de acordo com o eixo pedagógico

### **Organização e Gestão do Serviço**

Dados pessoais dos hipertensos tais como endereço, idade, sexo, cor da pele (verificada pelo ACS), anos completos de estudo, número de pessoas que vivem no domicílio, renda mensal média familiar do último mês em salários mínimos; dados clínicos como tipo de morbidade (hipertensão), comorbidades referidas (angina, infarto agudo do miocárdio – IAM, acidente vascular cerebral – AVC, pé diabético, doença renal, retinopatia, e se havia sido amputado); e, fatores de risco cardiovascular atuais (dieta inadequada, sedentarismo na percepção do entrevistado, uso de álcool, tabagismo referidos e dislipidemia referidos, obesidade pelo Índice de Massa Corporal); resultados de procedimentos no último atendimento na USF (peso em quilogramas e gramas, altura em centímetros, cintura em centímetros, glicemia capilar em jejum, pressão arterial – PA sistólica e diastólica em

mmHg).

Os equipamentos e materiais necessários para as medições serão os disponíveis na UBS. A dieta foi considerada inadequada quando referiam colocar sal nos alimentos quando já servidos em seu prato. Na ocasião será disponibilizado um impresso do BMQ (Brief medication Questionnaire) para todos os participantes (BEN, 2012). O segundo passo será a mobilização dos usuários hipertensos idosos acompanhados pela UBS e seus familiares para a melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso: -Divulgação inicial do projeto de pesquisa através dos ACS durante as visitas domiciliares. -Reunião com todos os usuários hipertensos idosos e seus familiares e/ou cuidadores, na própria UBS ou em algum espaço social da comunidade, para o esclarecimento do projeto de pesquisa, onde serão levantados todos os benefícios da sua realização para a melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos acompanhados pela UBS de Pranchita.

O terceiro passo será a organização da capacitação dos ACS para a aplicação do teste BMQ em domicílio.

O quarto passo consistirá na organização da equipe de ACS para aplicação do BMQ durante visitas domiciliares, onde se aproveitará a oportunidade para divulgar o cronograma das atividades programadas a serem realizadas durante a intervenção.

Concomitantemente serão organizados os encontros mensais com hipertensos que responderam ao BMQ para o desenvolvimento de ações e estratégias de facilitação da adesão ao tratamento medicamentoso. Os dados pessoais incompletos, os dados clínicos e os do último contato do usuário para atendimento na UBS, que incluem informações sobre peso, altura, cintura, glicemia capilar PA sistólica e diastólica, serão coletados nestes encontros.

Por fim, os resultados obtidos ao final do período de intervenção, serão comparados aos resultados iniciais e discutidos com a equipe de saúde e usuários.

### **Ações propostas**

O monitoramento será realizado através do acompanhamento da digitação dos dados em planilha Excel disponibilizada pelo curso e adaptada para o estudo pelos membros da equipe multidisciplinar da UBS de Pranchita treinados para esta atividade. A pesquisa prevê duas avaliações: uma no início da pesquisa e a outra no final, para verificação da evolução dos indicadores selecionados. Mobilização dos usuários hipertensos idosos acompanhados pela UBS e seus familiares para a participação na pesquisa e formação dos grupos educativos. Instituição de grupos para educação em saúde formados por usuários hipertensos idosos cadastrados pela UBS. Os encontros do grupo acontecerão mensalmente ou em espaços sociais do povoado. Os registros das atividades educativas serão feitos através de lista de presença em livro-ata da UBS destinado para este fim.

### **Qualificações da Prática Clínica**

Para a qualificação da prática clínica foram planejadas as ações: -Realização de capacitação da equipe multidisciplinar para aplicação do questionário e registro das ações propostas nesta pesquisa; -Realização de capacitações para os membros da equipe multi-

disciplinar, para as atividades educativas, com os seguintes temas: a) abordagem domiciliar dos usuários hipertensos idosos; b) educação em saúde; c) noções de farmacologia.

- Monitoramento dos indicadores: Indicador 1: Proporção de hipertensos idosos da área de abrangência da UBS, a fim de acompanhar a atenção prestada pela UBS de Pranchita aos usuários hipertensos. Indicador 2: Proporção de hipertensos idosos com o registro dos medicamentos atualizado na ficha de acompanhamento do estudo. Indicador 3: proporção de hipertensos idosos respondentes ao BMQ e que receberam orientação sobre o cumprimento correto do tratamento medicamentoso.

### **Etapas da preparação**

1. Verificação de quantos e quem são os hipertensos cadastrados por ACS; 2. Verificação de quem já está cadastrado no Programa HIPERDIA do MS; 3. Elaboração da versão impressão do BMQ e impressão dos questionários de acordo com a demanda dos ACS; 5. Apresentação do Projeto de Intervenção aos profissionais da equipe; 6. Capacitação dos ACS . 7. Preparar a mobilização dos usuários para os encontros mensais junto aos ACS. 8. Preparar o formulário de acompanhamento para a coleta dos dados. 9. Elaboração da Tabela de medicamentos que será distribuída a todos os usuários hipertensos A aplicação do questionário se deu mediante o consentimento informado dos usuários, no qual foi lido e explicado, e uma vez que aceitaram participar de forma absolutamente voluntária. Foi explicado o objetivo da investigação e seu caráter inócuo.

Como todo trabalho de intervenção, este constou de três etapas definidas: Etapa diagnóstica; Etapa de intervenção; Etapa de avaliação e; Etapa diagnóstica.

Na etapa diagnóstica aplicou-se um questionário inicial para identificar as necessidades de aprendizagem sobre hipertensão arterial; desenhada segundo revisão bibliográfica e tendo em conta os objetivos da investigação, com um total de oito perguntas realizadas de maneira compreensível para este grupo de usuários geriátricos. O resultado da mesma converteu-se no registro primário da investigação Durante a etapa de intervenção a mostra foi dividida em quatro subgrupos, três deles com 22 integrantes e um com 21, para desta forma conseguir maior efetividade das técnicas empregadas. Realizaram-se quatro discussões grupares com o objetivo de aprofundar em alguns temas de interesse e familiarizar com a linguagem empregada pelos adultos maiores. Posteriormente levou-se a cabo um programa educativo, no que se deram quatro encontros a cada um dos grupos dirigidos pelo autor da investigação e a enfermeira da equipe. Realizaram-se na própria instituição com uma duração de 2 horas a cada um e uma frequência semanal por um período de quatro semanas. O programa educativo se deu com o objetivo de proporcionar informações sobre HAS para usuários adultos da USF Tapagem. Assim, foram discutidos: definição de HAS e sua situação atual; aspectos epidemiológicos importantes da doença; identificação de fatores de risco; orientações a respeito da prevenção dos fatores de risco e tratamento. Organizou-se em algumas atividades:

Atividade # 1 Tema: Generalidades. Tempo: 2 horas. Objetivo: Definir HA e sua

situação atual. Técnicas: O retrato. Chuva de ideias.

Atividade # 2 Tema: Conhecendo sobre HA. Tempo: 2 horas. Objetivos: Conhecer aspectos epidemiológicos sobre HA. Técnica: Jogo de baralho.

Atividade # 3 Tema: Fatores de risco. Tempo: 2 horas. Objetivos: Identificar fatores de risco. Técnica: Qualificando meu comportamento.

Atividade # 4 Tema: Medidas de prevenção. Tempo: 2 horas. Objetivo: Orientar a respeito da prevenção dos fatores de risco e tratamento. Técnicas: Fios de cores

A etapa de avaliação compreendeu, ao concluir o programa, a aplicação novamente do questionário para determinar os conhecimentos adquiridos e deste modo fazer uma comparação com os resultados iniciais e avaliar a efetividade das técnicas empregadas. Os dados processaram-se de forma computadorizada, os resultados expressaram-se em textos e tabelas, como medida estatística empregou-se a frequência e o por cento.

### **Cronograma da Intervenção**

O cronograma das ações, foi desenvolvido da seguinte forma: Análise Situacional: Qual a situação da UBS /Unidade prisional? Situação de saúde de sua população? Quais os problemas que atingem sua comunidade? Elaboração do Painel de Problemas - 11/02/17 a 11/03/17 Escolha de um Problema - 21/03/17 a 11/04/17 Aspectos Introdutórios: Que objetivos pretende-se alcançar? Por quê? Introdução, definição dos objetivos e busca da literatura - 12/07/17 a 19/08/17 Análise Estratégica: Qual o projeto para resolver o problema? Projeto de Intervenção; elaboração das etapas do projeto - 09/09/17 a 30/09/17 Descrição e avaliação da intervenção: Como foi implantado e implementado este projeto? Quais os resultados do trabalho? Desenvolvimento do projeto, relatório. Resultados - 04/10/17 a 30/10/17 Considerações Finais: Quais as conclusões de seu trabalho? Conclusão sobre a intervenção - 30/10/17 a 31/11/17

## 5 Resultados Esperados

Dentre os problemas enfrentados na UBS Pranchita na atenção a hipertensos, destaca-se a baixa adesão dos usuários com HAS ao tratamento medicamentoso e desconhecimento a respeito da doença. Neste sentido, a partir da literatura tem-se o conhecimento que o correto tratamento medicamentoso é uma das atividades essenciais para o adequado controle das doenças crônicas, assim como o tratamento não medicamentoso. Espera-se por meio de uma intervenção, de cunho educativo promover e aprofundar o conhecimento dos usuários idosos sobre a HAS. Para tal, busca-se neste programa educativo, a partir de uma identificação de necessidades de aprendizagem dos usuários da unidade de saúde da família Pranchita que tiveram dispostos a participar do estudo, aprimorar o conhecimento sobre a HAS, os cuidados necessários, para que dessa forma conheçam os fatores importantes para a diminuição do risco das complicações desta doença.



## Referências

- BATISTELLA, C. *Análise da situação de saúde de*. 2017. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/includes/header\\_pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/includes/header_pdf)>. Acesso em: 14 Ago. 2017. Citado na página 9.
- BEN, A. J. Teste de morisky-green e brief medication questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev. Saúde Pública*, v. 46, n. 2, p. 1–10, 2012. Citado na página 26.
- BISPO, I. M. de J. Factores de risco cardiovascular em idoso. *O mundo de saúde*, v. 40, n. 3, p. 334–342, 2016. Citado na página 19.
- BRASIL. *Estatuto do Idoso*. 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_3edicao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf)>. Acesso em: 23 Ago. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 23 e 24.
- BRASIL, O. *Doenças crônicas não transmissíveis*. 2017. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra>>. Acesso em: 14 Ago. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 12 e 13.
- BRASIL, O. *Doenças crônicas não transmissíveis*. 2017. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra>>. Acesso em: 14 Ago. 2017. Citado na página 12.
- CAMARANO, A. A. *Mecanismos de Proteção Social para a População Idosa Brasileira*. 2006. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4776](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4776)>. Acesso em: 23 Ago. 2017. Citado na página 23.
- CARRAGETA, M. Tudo que deve saber sobre hipertensão arterial. *Servier Portugal*, p. 1–12, 2012. Citado 3 vezes nas páginas 17, 20 e 21.
- CASERI, L. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idoso. *Fisiátrica*, v. 21, n. 2, p. 1–16, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- CONCEIÇÃO, C. C. da. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idoso. *SciELO*, v. 95, n. 5, p. 1–14, 2010. Citado na página 19.
- CRUZ, E. F. da. Hipertensão arterial em idoso. *Rev Bras Clin Med*, v. 6, p. 250–253, 2008. Citado na página 21.
- FREITAS, M. P. D. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idoso. Belo Horizonte, n. 862, 2011. Curso de 2011, Fundação Oswaldo Cruz. Citado na página 18.
- LIMA, A. L. Pressão alta em idoso. *Tua Saúde*, p. 1–8, 2017. Citado na página 20.
- MIRANDA, R. D. Hipertensão arterial no idoso. *Rev Brasileira de Hipertensão*, p. 293–300, 2002. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 18.
- NOBRE, F. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 95, n. 1, p. 1–14, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- PRANCHITA. *Estatística Município Pranchita*. 2017. Disponível em: <<https://www.facebook.com/PERFEITURA-MUNICIPAL-DE-PRANCHITApranchita.pr.gov.br>>. Acesso em: 14 Ago. 2017. Citado na página 11.

- RODRIGUES, R. A. P. *POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO IDOSO E A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM*. 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd183/politicas-publicas-para-idosos-no-brasil.htm>>. Acesso em: 29 Ago. 2017. Citado na página 23.
- SANTOS, C. da S. *Políticas públicas para idosos no Brasil*. 2013. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd183/politicas-publicas-para-idosos-no-brasil.htm>>. Acesso em: 29 Ago. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 21 e 24.
- SAÚDE, M. de. *Portaria 371/GM: Hipertensão*. 2017. Disponível em: <<http://hipertensao.datassus.gov.br>>. Acesso em: 14 Ago. 2017. Citado na página 13.
- SAÚDE ministerio de. *Plano de reorganização de atenção á hipertensão*. 2017. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 Ago. 2017. Citado na página 12.
- SOAR, C. Prevalencia de factores de risco cardiovascular em idoso. *Scielo*, v. 18, n. 2, p. 1809–9823, 2015. Citado na página 19.
- UEPG. *Uso de medicamentos no programa hipertensão*. 2017. Disponível em: <<http://sites.uepg.br>>. Acesso em: 14 Ago. 2017. Citado na página 13.