FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ MATO GROSSO DO SUL

ELIZANGELA ARAUJO ARRAES

INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM IDOSOS HIPERTENSOS

CAMPO GRANDE - MS 2019

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ MATO GROSSO DO SUL

ELIZANGELA ARAUJO ARRAES

INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM IDOSOS HIPERTENSOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Fundação Oswaldo Cruz de Mato Grosso do Sul como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. Orientador(a): Prof(a) Inara Pereira

RESUMO

O presente projeto de intervenção teve como objetivo estimular a adoção de hábitos saudáveis e adesão ao tratamento junto a idosos hipertensos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família Vila Planaltina, no município de Dom Aguino, Mato Grosso. Para tanto foram propostas ações de capacitação da equipe de saúde, busca ativa e assistência domiciliar aos idosos hipertensos, melhor estruturação do apoio assistencial na unidade de saúde, e também realização de ações educativas com toda a comunidade (palestras, rodas de conversa e oficinas). Foi realizada uma reunião de capacitação da equipe assistencial, na qual estiveram presentes todos os membros da equipe de saúde. A busca ativa retornou o cadastro de 40 idosos não aderentes ao tratamento e 04 idosos em condições de vulnerabilidade (desnutrição, suspeita de maus tratos, restrição ao leito). Em dois casos, foi acionado o serviço de Assistência Social, após contato com familiares, sem resolução do quadro. Todos os idosos cadastrados foram consultados pela médica, nutricionista, e enfermeira. Para cada usuário foi elaborado, de forma multiprofissional um plano de cuidados individualizado. Foram realizadas 03 palestras, duas rodas de conversa e três oficinas de nutrição. Estiveram presentes nas palestras, rodas de conversa e oficinas respectivamente 60, 67 e 33 usuários. Quanto aos objetivos propostos, a partir da avaliação médica realizada no mês de março do ano de 2019, com constatação de que todos os 40 idosos não aderentes inicialmente apresentavam níveis pressóricos controlados, e adesão ao tratamento e ações educativas, considera-se que tais objetivos foram plenamente atingidos.

ÁREAS TEMÁTICAS: Hipertensão, Educação em Saúde, Doenças Infecciosas.

DESCRITORES:HIPERTENSAO ARTERIAL, SAUDE DO IDOSO, ATENCAO PRIMARIA A SAUDE..

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	
2.1 Objetivo Geral	
2.2 Objetivos Específicos	
3. PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO	
4. AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS	
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	
REFERÊNCIAS	
APÊNDICE	24
ANEXO	

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é descrito na literatura como um fenômeno mundial. No Brasil não é diferente. Verifica-se nas últimas décadas a elevação do número de idosos, sem que o país possua condições estruturais básicas para cuidar adequadamente desta população. Faltam locais de cuidado, políticas de atenção e proteção aos idosos eficazes, bem como condutas assistenciais adequadas para prevenir agravos próprios do envelhecimento e promover saúde nesta população (ARAÚJO et al., 2014).

Grande parte dos idosos já chega à terceira idade com a saúde fragilizada, dependendo constantemente de ações de assistência à saúde adequada. Com o advento da reestruturação do Sistema Único de Saúde - SUS verifica-se a organização da Atenção Primária à Saúde - APS mais próxima de seus usuários, o que pode facilitar a assistência integral aos indivíduos. No caso específico dos idosos, muitos com problemas de mobilidade, ou mesmo sem a assistência da família, a APS situa-se como estratégia de excelência no cuidado aos mesmos (MARTINS et al., 2014).

Pinto et al. (2014) afirmam que com o envelhecimento é comum o aparecimento e coexistência de doenças crônicas como o diabetes, Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS e a hipercolesterolemia, que desencadeiam uma série de complicações e determinam a utilização de diversos medicamentos. A dificuldade em administrar a polifarmácia cotidiana é relatada em vários estudos que abordam a questão da saúde do idoso. Especificamente em relação aos medicamentos anti-hipertensivos verifica-se que a falta de conhecimento, e a ocorrência de efeitos adversos ou mesmo interações medicamentos pode levar o idoso ao abandono do tratamento com sérias consequências.

De acordo com Araújo et al. (2014) é notável no Brasil o aumento do número da população idosa nas últimas décadas. Tal fato se deve à menor taxa de mortalidade, e aumento da expectativa de vida, proporcionados por melhores condições socioeconômicas, e também pelo maior investimento em ciência médica. Segundo os autores quando se fala em saúde da pessoa idosa deve-se considerar diversos aspectos como adequado suporte social, saúde física e mental, capacidade funcional e independência financeira.

No estudo realizado por Martins et al. (2014) os autores buscaram analisar a Atenção Primária à Saúde – APS quanto à assistência aos idosos. Segundo os pesquisadores embora tenham sido observados avanços em relação à qualidade do cuidado e à equidade, ainda existem inúmeras mazelas a serem sanadas para que se possa atender o idoso da forma preconizada pelas

políticas públicas assistenciais brasileiras. Estudos recentes apontam a APS como estratégia básica para garantir a integralidade da assistência à saúde aos idosos. Para que se obtenha tal atendimento integral, os idosos precisam ser assistidos tanto em regime ambulatorial (na Unidade de Saúde), quanto em ambiente domiciliar (em casos de Internação Domiciliar ou idosos acamados temporariamente).

Dentre as patologias comuns no idoso a Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS se destaca por sua alta morbidade, e perfil debilitante, com grande redução da qualidade de vida e condição de saúde de seus portadores. A Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS pode ser definida como uma patologia crônica, de origem multifatorial, que representa um importante fator de risco para desenvolvimento de desordens metabólicas e cardiovasculares. Possui um tratamento diversificado, nem sempre envolvendo utilização de fármacos, mas que obrigatoriamente exige do paciente a mudança de hábitos de vida com prática regular de atividades físicas, adesão a uma dieta hipossódica e eliminação de hábitos como o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas (HE; LI; MACGREGOR, 2013).

Ribeiro et al. (2017) complementam que a HAS representa um "sério agravo à saúde do idoso". De acordo com os autores com o avanço da idade ocorrem a somatória de fatores genéticos e ambientais que promovem o desenvolvimento ou piora do quadro de HAS. No estudo desenvolvido por Zattar et al. (2013) os autores verificaram uma prevalência de HAS em 84,6% de um total de 1705 idosos participantes do estudo. Destes 79,1% referia realizar o tratamento adequadamente, embora boa parte apresentasse complicações que indicavam o contrário. Idosos com dependência funcional, ausência de familiares e/ou cuidadores próximos ou com baixo nível de escolaridade podem ter dificuldades em seguir a terapêutica adequadamente sendo necessária uma intervenção mais específica pela equipe de saúde. Berardinelli, Guedes e Acioli (2013) ressaltam a importância de intervenções educativas junto à população como um todo para promover o autocuidado, prevenção e controle da HAS.

Em relação à ações primárias de prevenção e controle da HAS Berardinelli et al. (2013) afirmam que a programação de tais ações deve ser realizada considerando a peculiaridade do público-alvo. No estudo os autores relatam casos em que ações educativas, por exemplo, não atenderam às necessidades de hipertensos, tendo, portanto sua efetividade comprometida. Braga et al. (2016) ponderam que o risco cardiovascular e as demais complicações da HAS são potencializados por hábitos de vida deletérios, e por este motivo, estimular a mudança de tais hábitos deve fazer parte das metas em saúde primária com a população.

Diante da alta prevalência e incidência da HAS em todo o mundo Thomopoulos, Parati e Zanchetti (2015) ressaltam que o controle da HAS deve ser uma prioridade em serviços de

Atenção Primária à Saúde - APS com inserção de políticas de educação em saúde que conscientizem a população sobre os riscos associados ao quadro hipertensivo. Os autores ressaltam que grande parte dos pacientes hipertensos desconhecem as possíveis complicações da doença, e muitas vezes, o desconhecimento acaba determinando a baixa adesão à terapia proposta.

Na comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família – ESF Vila Planaltina, no município de Dom Aquino – MT, verifica-se não apenas uma alta prevalência de hipertensão entre os idosos, mas também uma baixa adesão ao tratamento, pouco conhecimento sobre a patologia, e comprometimento social e afetivo dos idosos da comunidade. Desta forma, ao se pensar em intervir na população idosa, torna-se necessário estabelecer metas que permitam o controle hipertensivo, associado também a uma maior adesão a hábitos de vida saudáveis, garantindo assim, como consequência das intervenções uma melhora da qualidade de vida desta população.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estimular a adoção de hábitos de vida saudáveis e adesão ao tratamento junto à idosos hipertensos assistidos pela ESF Vila Planaltina, no município de Dom Aquino - MT.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Orientar a equipe assistencial sobre a HAS, acolhimento e humanização no atendimento aos idosos;
- Promover ações de educação em saúde com a população idosa;
- Estimular a prática de atividades físicas visando melhora da condição de saúde e qualidade de vida da população;
- Criar um grupo de convivência entre idosos, com agenda de intervenções multiprofissionais que auxiliem os idosos na adesão ao tratamento, hábitos de vida mais saudáveis e socialização.

3. PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO

Local de intervenção

A intervenção será realizada na Estratégia de Saúde da Família – ESF Vila Planaltina, município Dom Aquino – MT.

O município de Dom Aquino possui uma população de 8031 habitantes, e está localizado à 172Km de Cuiabá, capital do estado, e é conhecido como "Capital Estadual da Água Mineral" pelas estâncias hídricas existentes na cidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE DOM AQUINO, S/D).

A ESF Vila Planaltina está localizada na Av. Duque de Caxias, 42, Bairro Vila Planaltina, Dom Aquino – MT. A equipe da ESF Vila Planaltina possui uma equipe composta por 01 Médica, 01 Enfermeira, 01 Dentista, 01 Técnico de higiene bucal, 03 Técnicos de enfermagem, 01 Recepcionista, 06 ACS, 01 nutricionista, 01 psicólogo clínico, 01 educador físico, 01 assistente social e 02 agentes de combate à endemias. Tal equipe atende a uma população de 7.977 habitantes, tendo uma cobertura de 65% da população.

Na área adscrita a maior parte da população é de baixa renda, cujas ocupações são em sua maioria relacionadas ao cultivo de grãos, atividade pecuária e indústria alimentícia. Existem família sem infraestrutura de saneamento adequada, embora a maioria dos domicílios seja de alvenaria.

Escolha do tema do Projeto de Intervenção

Para a escolha do tema foi utilizado o método da estimativa rápida, assim os seguintes passos foram realizados: Observação do território, escuta dos profissionais e da comunidade, análise dos prontuários e dados do Sistema de Informação. Depois de seguir essas etapas, o tema definido foi estimular a adoção de hábitos de vida saudáveis e adesão ao tratamento junto à idosos hipertensos assistidos pela ESF Vila Planaltina, no município de Dom Aquino - MT.

População abordada

A intervenção envolve pacientes maiores de 60 anos hipertensos atendidos na Unidade Básica

de Saúde. Segundo dados da Equipe de Saúde, na referida ESF existem 230 idosos hipertensos

cadastrados, sendo que apenas 68 idosos comparecem regularmente às consultas médicas, e

demais ações assistenciais.

Ações proposta

O projeto de intervenção será divido em quatro etapas: Sensibilização e capacitação da equipe,

rastreamento dos usuários e assistência domiciliar, apoio assistencial na UBSF e ações

primárias de educação em saúde em grupos para o controle da hipertensão arterial sistêmica.

As etapas serão descritas por menores abaixo.

1ª Etapa - Capacitação da equipe de saúde

Inicialmente será realizada uma reunião com a equipe de saúde da família para a discussão do

plano de ação e das atribuições de cada membro para o pleno desenvolvimento do trabalho.

Serão apresentadas informações locais sobre a saúde dos idosos, baseadas em dados

disponíveis no Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB (2018), e também

abordados pontos essenciais sobre a Atenção Básica à Saúde do Idoso.

As questões abordadas serão apoiadas nas "Diretrizes para o cuidado das pessoas Idosas no

SUS" (BRASIL, 2014) e também nas orientações dos "Cadernos de Atenção Básica" nº 37

(BRASIL, 2013).

Nesta reunião será proposto ainda, junto aos Agentes Comunitários de Saúde - ACS uma busca

ativa por idosos hipertensos da comunidade que não estejam aderindo ao tratamento para

HAS, ou que apresentem fragilidades no cuidado.

Responsável pela Ação: Médica proponente

Local: Sala da UBS

Data da capacitação: setembro/2018

2ª Etapa - Busca ativa e assistência domiciliar aos idosos hipertensos

Durante os dois primeiros meses de intervenção será feita uma busca em toda a comunidade

identificando idosos hipertensos. Neste período serão feitas visitas domiciliares aos idosos com

cadastramento dos mesmos, e análise das necessidades destes (condição de mobilidade,

suspeita de maus tratos, rede de apoio social/familiar, condição de vulnerabilidade).

As visitas domiciliares e o rastreamento dos idosos seguirão preceitos abordados nos Cadernos de Atenção Básica, n° 37 (BRASIL, 2013). As visitas inicialmente serão realizadas apenas pelos ACS. Para todos os idosos cadastrados serão agendadas consultas médicas, de enfermagem e/ou nutricional, a depender de cada caso. Em situações de vulnerabilidade e/ou condições suspeitas de maus tratos serão feitas visitas pelos ACS, acompanhados da assistente social e outro membro da equipe de saúde (médica ou enfermeira) a depender da condição encontrada.

De acordo com Jesus et al. (2017) a própria condição do idoso (redução da força física, declínio da função fisiológica, e déficit cognitivo e social) pode impor ao indivíduo maior fragilidade, o que requer uma melhor assistência à saúde. A vulnerabilidade, por sua vez, pode ser compreendida como uma condição na qual o idoso possui além de maior fragilidade física, apresenta condições socioeconômicas e familiares desfavoráveis. Dentre os fatores que caracterizam a vulnerabilidade do idoso pode-se citar: baixo nível de escolaridade, status socioeconômico baixo, apoio familiar/social ineficiente ou ausente e limitado acesso aos serviços públicos.

Responsáveis pela Ação: Prioritariamente os ACS, assistidos por demais membros da ESF.

Período de realização: outubro e novembro/2018.

3° Etapa – Apoio assistencial na UBSF

Todos os idosos cadastrados, que possuem mobilidade suficiente para se deslocarem até a UBS serão consultados inicialmente pela médica proponente, e poderão, caso necessário serem encaminhados para o serviço de nutrição, psicologia, e/ou referência especializada que houver necessidade.

As consultas médicas serão realizadas mensalmente com todos os hipertensos cadastrados, visando melhor acompanhamento do tratamento e condição de saúde. As consultas de enfermagem, quando necessárias serão efetuadas também mensalmente, intercaladas com as consultas médicas.

Todos os atendimentos seguirão as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, disponíveis também nos Cadernos de Atenção Básica, nº 37 (BRASIL, 2013).

Responsáveis pela ação: Médica, enfermeira, psicólogo e nutricionista.

Período de realização: indeterminado.

3ª Etapa - Educação em Saúde

Realização de atividades educativas com os pacientes utilizando-se a metodologia de palestras,

rodas de conversas, e oficinas, abordando o tema, os fatores de riscos, a importância de adesão

á terapêutica para prevenir a descompensação e riscos cardiovasculares, tendo como proposta

melhorar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida. Essa etapa será realizada por todos os

membros da equipe de saúde.

A cada semana haverá uma ação educativa, sendo que tais ações serão realizadas em horários e

dias alternados, buscando maior participação da comunidade. No início de cada mês será

distribuído pelos ACS a programação das ações, visando maior divulgação, e conhecimento da

comunidade.

Programação básica das ações propostas:

Palestras

Temas: Hipertensão, Hábitos de Vida, Alimentação Saudável, Prática de Atividades Físicas,

Adesão ao tratamento, dentre outros.

Local: UBS

Responsáveis: Todos os profissionais da ESF

Fonte de Verificação: Lista de Presença

Oficinas

Temas: Alimentação Saudável, Atividades Físicas, Terapia Comunitária

Estruturação: Em cada oficina haverá uma dinâmica proposta pelo profissional responsável,

discussão após a dinâmica, e posterior atividade prática (lanche coletivo, atividades físicas ou

terapia comunitária).

Local: Salão Paroquial da comunidade

Fonte de Verificação: Lista de presença e depoimentos dos participantes

Responsáveis: Toda equipe da ESF

Rodas de Conversa

Temas: Hipertensão, Hábitos de Vida, Alimentação Saudável, Prática de Atividades Físicas,

Adesão ao tratamento, dentre outros.

Local: UBS (parte externa)

Responsáveis: Todos os profissionais da ESF

Fonte de Verificação: Lista de Presença

Para início das atividades foram estruturados os calendários dos meses de novembro/2018,

dezembro/2018 e janeiro/2019 (APÊNDICE). No mês de fevereiro/2019 serão estruturados os

calendários das demais atividades educativas.

4ª Etapa – Grupo de Convivência Melhor idade

O grupo se reunirá quinzenalmente em sala disponibilizada pela igreja da comunidade (salão

paroquial). Os encontros terão duração de 02hs, sendo que sempre terão uma abordagem

educativa, seguida de um momento lúdico e de socialização. Abaixo são apresentadas a

programação dos dois primeiros encontros, que ocorrerão nos meses de janeiro e

fevereiro/2019.

Encontro 1 – Previsão janeiro/2019

Tema: Envelhecendo com Saúde

Responsável pela ação: Médica Proponente

Profissional convidado: Nutricionista cedida pela SMS

Descrição: Será realizada uma dinâmica conhecida como "Tenda do Conto". Antes da reunião os ACS convidarão os idosos, e solicitarão que eles levem objetos que possuam algum significado especial. No momento do encontro cada participante contará a história do seu objetivo e o mediador (profissional da ESF) realizará comentários e buscará adequar as histórias/vivências trazendo de cada relato uma aprendizagem/lição para o grupo. A escolha de tal dinâmica se deu pela possiblidade da metodologia contribuir para a criação de vínculo entre os participantes.

Nascimento e Oliveira (2017) pontuam que a criação de grupos de apoio, e a utilização de metodologias diferenciadas potencializam as ações de educação em saúde, trazendo além de aprendizagem maior qualidade de vida e condição de saúde aos envolvidos.

4. AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS

A reunião com a equipe assistencial ocorreu no mês de setembro/2018, na própria UBS. Estiveram presentes os agentes comunitários de saúde, equipe de enfermagem, assistente social e médica da ESF. Foi apresentado o projeto de intervenção, abordado os aspectos fundamentais da HAS, e orientado aos ACS a realização da busca ativa por idosos hipertensos da comunidade que não estejam aderindo ao tratamento para HAS ou que estejam em situação de vulnerabilidade por fragilidades na rede de apoio e/ou cuidados.

Inicialmente a médica proponente realizou uma discussão com os participantes (Roda de Conversa) sobre Saúde do Idoso. A ideia era falar um pouco sobre envelhecimento e seu impacto fisiológico, abordar a questão da assistência ao idoso no SUS e também ouvir dos participantes relatos sobre os idosos da comunidade. Após a discussão dos conceitos gerais foi interessante e muito relevante a participação da assistente social. A profissional compartilhou com os colegas situações de vulnerabilidade, que poderiam propiciar o adoecimento do idoso, e auxiliou os ACS na identificação de sinais de sofrimento, maus tratos ou "vulnerabilidade".

Um dos exemplos dados foi a questão de hematomas no idoso. Um idoso que sofre maus tratos pode ter relatos da família de quedas que propiciaram tais hematomas, entretanto, se houverem sinais com diferentes colorações, ou feridas em diferentes estágios de cicatrização é um achado relevante de que houveram traumas repetitivos, e por isso a condição suspeita precisa ser notificada ao serviço de assistência social. A profissional falou ainda sobre a importância de uma rede de apoio ao idoso, e da necessidade dos ACS identificarem idosos que residiam sozinhos, ou com filhos dependentes (com problemas mentais, ou incapacitados), visto que estas condições tornavam os idosos mais vulneráveis ao adoecimento e baixa adesão ao tratamento. A enfermeira também contribuiu significativamente, sobretudo ressaltando aos ACS a importância de avaliar lesões de pele, encaminhar ao atendimentos de enfermagem, e orientar sempre os idosos e familiares sobre a necessidade de monitorização dos níveis pressóricos e glicêmicos.

Após a roda de conversa foi apresentado o Projeto de Intervenção, em que cada membro da Equipe recebeu um papel informando as ações, com data e horário, bem como formas de auxiliar na execução das intervenções. Todos os profissionais relataram ter gostado da reunião. Entretanto, acredito que em uma próxima capacitação seria uma boa ideia envolver todos os membros na elaboração da capacitação. Por exemplo, nesta capacitação a nutricionista (também membro da equipe) não esteve presente, mas poderia ter sido convidada para compartilhar com a equipe aspectos de sua profissão que poderiam contribuir para uma melhor

eficácia das intervenções. De modo similar a dentista também poderia ter contribuído sobre saúde bucal.

Ficou estabelecido que os ACS seriam responsáveis pela busca ativa e cadastramento dos idosos, devendo ainda repassar ao serviço de assistência social os casos de vulnerabilidade e/ou suspeita de maus tratos. Aos ACS também foi dada a tarefa de agendamento de consultas com os idosos, convite aos eventos educativos e informações sobre reuniões do grupo de convivência quando o mesmo fosse implantado.

A busca ativa foi iniciada no mês de outubro/2018 e finalizada no mês de novembro/2018. No primeiro mês retornou um número de 19 idosos não aderentes ao tratamento e 04 idosos em condições de vulnerabilidade (todos da microárea 1). Para os idosos vulneráveis foram realizadas visitas domiciliares multiprofissionais (enfermeira, médica, ACS, nutricionista e Assistente Social), e estabelecido um plano de cuidados para os mesmos. Em dois casos foi necessário convocar a família até o serviço de assistência social. No segundo mês de busca ativa (novembro/2018) foram identificados 21 idosos não aderentes ao tratamento. Não foram identificados neste período idosos em condições de vulnerabilidade.

Para melhor compreensão da dinâmica das ações será relatado abaixo um dos casos encontrados na área adscrita de maior fragilidade/vulnerabilidade. O primeiro idoso encontrado em situação de vulnerabilidade apresentava 88 anos, em franca condição de desnutrição. O idoso residia com esposa (30 anos mais nova) e um filho com "problemas mentais" (esquizofrenia), que durante as visitas nunca foi localizado no domicílio. O idoso apresentava níveis pressóricos controlados, mas relatou não ter participado de consultas há pelo menos 06 meses e estar tomando a mesma medicação da esposa. A família além de apresentar uma condição de pobreza extrema, mesmo com o idoso já aposentado (única renda provinha da aposentaria do idoso, que custeava aluguel, alimentação, remédios do filho e demais custos de vida), possuía ainda uma rede social fragilizada, não participavam de eventos na comunidade, negaram haver mais familiares no município, também eram analfabetos.

Foi agendada uma visita domiciliar com médica, assistente social e nutricionista três dias após a primeira visita realizada pelo ACS. A nutricionista elaborou uma dieta familiar, visando inserir na alimentação opções de baixo custo e alto valor nutritivo. Foi agendada uma nova consulta com a profissional após 30 dias de início da nova dieta.

A assistente social, por sua vez, avaliou a possibilidade de inserir a família na lista de auxílio social da prefeitura, e auxiliar os moradores na busca por aposentadoria do filho (o processo foi iniciado, e ainda está em tramitação). Foram agendadas consultas médicas mensais com os

idosos, e também para o filho (neste caso houve encaminhamento ao psiquiatra e apenas o acompanhamento está sendo realizado também na ESF a cada mês).

De acordo com Silva et al. (2015) uma condição social e econômica desfavorável, bem como fatores de escolaridade, isolamento social, e alterações psicológicas podem propiciar a ocorrência de desnutrição no idoso. Após a avaliação inicial com a nutricionista, elaboração da dieta e acompanhamento mensal por médica e nutricionista pode-se perceber manutenção dos níveis pressóricos controlados e melhora do quadro nutricional após 03 meses de assistência. Houve ainda relatos pelos idosos de melhora comportamental do filho, que inclusive passou a auxiliar nas tarefas de cada, e vem contribuindo com a renda familiar realizando limpezas de lotes na comunidade.

É importante ressaltar que na ESF Vila Planaltina já existe uma profissional assistente social, o que facilita o diálogo com tal serviço e permite uma intervenção mais rápida nos casos identificados. A profissional também participa de reuniões mensais com a equipe e contribui muito com o aprendizado dos demais membros na identificação de condições de vulnerabilidade se ja em idoso, ou em outras faixas etárias.

Ao todo foram cadastrados 40 idosos não aderentes ao tratamento. Todos os idosos cadastrados foram atendidos pela médica proponente deste projeto ainda nos meses de novembro e dezembro/2018. O atendimento médico foi realizado na UBS, e teve como procedimentos: anamnese, exame clínico, elaboração do projeto terapêutico singular - PTS, e acompanhamento da terapia proposta. Todos os projetos terapêuticos buscaram estimular o idoso à adoção de hábitos de vida saudáveis, práticas regulares de atividades físicas e adesão de uma alimentação balanceada.

Durante a avaliação médica foi constatada desnutrição leve a moderada em 08 idosos, que foram encaminhados ao serviço de nutrição. Além destes, 06 idosos apresentavam obesidade, e também passaram a ter acompanhamento mensal com a nutricionista da equipe.

As ações educativas foram iniciadas no mês de novembro/2018, sendo executadas até o momento 03 palestras, duas rodas de conversa e três oficinas de nutrição. As palestras foram realizadas com intervalos mensais nos meses de novembro/2018, dezembro/2018, e janeiro/2019 priorizando-se realizar as ações em horários alternados, que ampliassem as chances de comparecimento da população. As rodas de conversa foram realizadas no mês de novembro/2018 e mês de janeiro/2019, ambas no horário vespertino, por ser um período de maior disponibilidade da equipe assistencial. As oficinas de nutrição também foram realizadas com intervalos mensais, nos meses de novembro/2018, dezembro/2018, e janeiro/2019.

A primeira palestra foi realizada no mês de novembro/2018, sendo ministrada pela médica proponente. O tema escolhido foi "Hipertensão Arterial: O que é?". A palestra teve uma duração aproximada de 25 min, no turno matutino e contou com 22 participantes. Para verificar a participação da comunidade em todas as ações educativas os participantes assinaram uma lista de presença. A definição deste tema se deu por verificar que grande parte dos usuários hipertensos não aderentes relatavam não aderir à terapia por não estarem "sentindo nada". Foi ressaltado que a HAS é uma doença crônica, com explicações sobre o conceito de cronicidade, em como sobre a necessidade de tratamento ininterrupto. Foram apresentados ainda gráficos e ilustrações sobre os principais sinais e sintomas de crises hipertensivas e orientações sobre qual atitude tomar .

No mês de dezembro/2018 foi realizada a segunda palestra que teve como tema: "Importância do controle glicêmico e do peso em um paciente hipertenso". É importante ressaltar que o tema das palestras era sempre abordado de forma lúdica, com slides e videos curtos, a fim de estimular a participação de todos e chamar a atenção dos participantes. Entende-se que ao falar dos temas de forma mais leve e descontraída torna-se mais fácil a aprendizagem. Nesta segunda palestra estiveram presentes 12 hipertensos. Inicialmente a médica proponente abordou o conceito de níveis glicêmicos, risco de diabetes, e correlação entre diabetes e hipertensão. Posteriormente a enfermeira falou sobre os horários de atendimento, disponibilidade da equipe para mensurar os níveis glicêmicos e tensionais, e os horários de menor pico na unidade, em que poderiam ser melhor assistidos os idosos para tal mensuração. A terceira palestra foi realizada no mês de janeiro/2019, e seguiu exatamente a programação da primeira palestra. Contou com a participação de 26 usuários.

Inicialmente estava previsto a realização de apenas palestras como intervenções educativas, entretanto, após discussão com a equipe optou-se por diversificar as ações, favorecendo assim a participação e aprendizado dos envolvidos. Desta forma, no mês de novembro/2018, dezembro/2018 e janeiro/2019 foram realizadas três oficinas de alimentação saudável, coordenadas pela nutricionista da ESF Vila Planaltina. As oficinas tiveram duração aproximada de 02hs, foram realizadas no salão paroquial da comunidade (por apresentar maior espaço que a UBS) e incluíram uma breve roda de conversa sobre o tema de alimentação saudável, sugestão de cardápios de baixo custo e alto valor nutritivo, e finalizadas com um momento de degustação de alimentos saudáveis. Para cada alimento saudável apresentado a nutricionista disponibilizou ao lado dos alimentos papéis com as receitas e modos de preparo. Estuda-se nas próximas oficinas criar um impresso já contendo sugestões de cardápios e receitas saudáveis. As oficinas contaram com a participação de 17, 28 e 22 usuários respectivamente.

Outra intervenção educativa realizada foi a roda de conversa. Foram realizadas duas rodas de conversa, uma sobre "Hábitos deletérios: cigarro e álcool" e outra com a temática de "Sedentarismo e níveis pressóricos". A primeira roda de conversa foi realizada no mês de novembro/2018, e foi coordenada pela equipe de enfermagem (enfermeira e técnicos de enfermagem). A segunda roda de conversa foi realizada em janeiro/2019 sendo coordenada pelo educador físico da ESF. Tiveram a participação de 14 e 19 usuários respectivamente. Todas as rodas de conversa foram realizadas na própria UBS, na área externa.

No mês de janeiro/2019 foi estruturado o Grupo de Convivência Melhor idade. O grupo se reúne a cada 15 dias, com encontros com 02 horas de duração. Na primeira hora há sempre uma ação educativa e na segunda hora ocorre uma atividade lúdica, de socialização, ou troca de saberes. A primeira reunião ocorreu no dia 09/01/2019 às 15hs e contou com a participação de 14 idosos. É importante salientar que o horário foi escolhido por votação entre os idosos durante as visitas domiciliares e consultas médicas.

Na primeira reunião do grupo foi realizada uma "Tenda do Conto" no momento inicial. Para tanto, os ACS solicitaram aos idosos que trouxessem um objeto importante para os mesmos, em que deveriam contar a história do mesmo no dia da reunião. Tal dinâmica foi escolhida por permitir uma troca de experiências, e estimular a criação de vínculo entre os participantes. Estiveram presente 11 idosos na primeira reunião. Ao entrarem no salão paroquial (local programado para as reuniões do grupo) os idosos encontraram as cadeiras dispostas em semicírculo, com uma cadeira destacada na ponta do semicírculo (local em que se sentaria quem tivesse compartilhando sua história). No centro do semicírculo estava um forro de mesa no chão, e em cima dele foram colocados os objetos trazidos.

Foram trazidos os mais variados objetos. Uma das idosas participantes trouxe uma foto da neta, que havia acabado de passar no vestibular. Compartilhou que por muitos anos a neta batalhou com a mãe doente, e abandonou os estudos. Com a morte da mãe a neta retomou as tarefas escolares e agora havia passado no curso de enfermagem na Universidade Federal. A avó então relatou que a aprovação da neta deu um novo fôlego à sua vida, porque agora precisaria se cuidar para estar viva e saudável na formatura da neta. Este relato foi um dos momentos mais emocionantes da reunião, e após o mesmo a médica proponente interviu questionando aos presentes quais os fatores que os motivavam a cuidar da saúde. Após cada depoimento eram feitas intervenções levando à reflexão dos presentes, e buscando correlacionar as histórias com a importância da adesão ao tratamento, mudança de estilos de vida e melhora da qualidade de vida. Após a tenda do conto o educador físico realizou um alongamento com os presentes, e o encontro foi finalizado com um lanche coletivo (os profissionais custearam o lanche e foi programado que nos outros encontros cada um poderia

trazer algo para o lanche, mas não seria uma obrigação).

De setembro/2018 a janeiro/2019 já foram consultados 89 idosos hipertensos, incluindo todos os idosos encontrados durante a busca ativa (n=40). Através deste projeto e a participação ativa do grupo envolvido, espera-se uma melhor adesão ao tratamento e, consequentemente, uma diminuição nas complicações cardiovasculares. Além disso, espera-se aumentar o nível de entendimento sobre a doença pelos pacientes, esperando que eles compreendam a importância de realizar uma terapia adequada e regular, alcançando uma melhor relação profissional/paciente, melhorando sua qualidade de vida e um envelhecimento saudável.

Espera-se ainda um maior acolhimento, humanização e cuidado aos idosos por parte dos profissionais assistenciais, estimulando os mesmos a aderirem a hábitos de vida mais saudáveis.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão é uma doença crônica de elevada morbimortalidade, e que no idoso pode comprometer significativamente sua autonomia, representando ainda um maior risco para complicações metabólicas e cardiovasculares. Na Estratégia de Saúde da Família Vila Planaltina, no município de Dom Aquino - MT verifica-se um elevado número de idosos hipertensos, sendo que há alguns meses foi constatada a existência de usuários que, por exemplo, não frequentavam a ESF há mais de 08 meses. Diante de tal contexto, buscou-se propor ações para estimular a adoção de hábitos de vida saudáveis e adesão ao tratamento junto à idosos hipertensos através de capacitação da equipe, busca ativa e ações educativas com a comunidade.

Foi realizada uma reunião de capacitação da equipe assistencial, na qual estiveram presentes todos os membros da equipe de saúde. A busca ativa retornou o cadastro de 40 idosos não aderentes ao tratamento e 04 idosos em condições de vulnerabilidade (desnutrição, suspeita de maus tratos, restrição ao leito). Em dois casos, foi acionado o serviço de Assistência Social, após contato com familiares, sem resolução do quadro. Todos os idosos cadastrados foram consultados pela médica, nutricionista, e enfermeira. Para cada um foi elaborado, de forma multiprofissional um plano de cuidados individualizado.

Foram realizadas 03 palestras, duas rodas de conversa e três oficinas de nutrição. É importante ressaltar que as oficinas de nutrição inicialmente não estavam propostas, mas diante da possibilidade de execução a equipe não mediu esforços para viabilizá-la. Estiveram presentes nas palestras, rodas de conversa e oficinas respectivamente 60, 67 e 33 usuários.

Quanto aos objetivos propostos, a partir da avaliação médica realizada no mês de março/2019, com constatação de que todos os 40 idosos não aderentes inicialmente apresentavam níveis pressóricos controlados, e adesão ao tratamento e ações educativas, considera-se que tais objetivos foram plenamente atingidos.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Lavínia Uchôa Azevedo de et al . Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 8, p. 3521-3532, Aug. 2014 .

BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis; GUEDES, Nathália Aparecida Costa; ACIOLI, Sônia. Análise do déficit de autocuidado de clientes. **Rev. enferm. UERJ**, v.21, n. esp.1, p.575-80, 2013.

BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis et al. Hipertensão Arterial e conhecimento popular: potencializando o cuidado. **Rev. enferm. UERJ**, v.21, n.4, p.446-51, 2013.

BRAGA, Denis Conci et al. Avaliação do risco cardiovascular em famílias de um município rural do estado de Santa Catarina. **Revista da AMRIGS**, v.60, n.4, p. 279-399, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: propostas de modelo de atenção integral. **XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

HE, F. J.; LI, J.; MACGREGOR, G. A. Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. **British Medical Journal**, London, v. 346, n. 325, 2013.

JESUS, Isabela Thais Machado de et al . Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 30, n. 6, p. 614-620, Dec. 2017 .

MARTINS, Aline Blaya et al . Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3403-3416, Aug. 2014.

NASCIMENTO, Maria Valquiria Nogueira do; OLIVEIRA, Isabel Fernandes de. Práticas integrativas e complementares grupais e o diálogo com a educação popular. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 89-97, dez. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DOM AQUINO. Dados Gerais do Município. s/d. Disponível em: https://www.domaquino.mt.gov.br/dados/. Acesso em: 22/01/2019.

PINTO, Natália Balera Ferreira et al. Interações medicamentosas em prescrições de idosos hipertensos: prevalência e significância clínica. **Rev enferm UERJ**, v.22, n.6, p.735-41, 2014.

SILVA, Juliana Lourenço et al . Fatores associados à desnutrição em idosos institucionalizados. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 2, p. 443-451, June 2015 .

RIBEIRO, Breno Barreto et al. Análise Hierarquizada da Hipertensão Arterial Sistêmica com a Variante Polimórfica do Gene da ECA e Outros Fatores de Risco em Idosos. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 30, n.1, p.52-60, 2017.

THOMOPOULOS, C; PARATI, G.; ZANCHETII, A. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: 4. Effects of various classes of antihypertensive drugs: overview and meta-analyses. **Journal of Hypertension**, London, v. 33, n. 2, 2015.

ZATTAR, Luciana Carmen et al. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.3, p.507-521, 2013.

APÊNDICE

Quadro 1: Programação atividades educativas novembro/2018.

Novembro/2018	Atividade	Responsável	Local
Semana 1	Palestra "Hipertensão Arterial: O que é?"	Médica proponente	UBS
Semana 2	Oficina de nutrição saudável	Nutricionista	Salão Paroquial
Semana 3	Não haverá ações educativas do projeto – novembro Azul		
Semana 4	Roda de Conversa: "Hábitos deletérios: cigarro e álcool"	Equipe de Enfermagem	UBS (Àrea externa)

Quadro 2: Programação atividades educativas dezembro/2018.

Dezembro/2018	Atividade	Responsável	Local
Semana 1	Palestra "Importância do controle glicêmico e do peso em um paciente hipertenso"	Médica proponente e enfermeira	UBS
Semana 2	Oficina de nutrição saudável	Nutricionista	Salão Paroquial
Semana 3	Não haverá ações educativas do projeto – eventos festivos		
Semana 4	Roda de Conversa: "Sedentarismo e níveis pressóricos"	Educador Físico	UBS (Àrea externa)

Quadro 3: Programação atividades educativas janeiro/2019.

Janeiro/2019	Atividade	Responsável	Local
Semana 1	Palestra "Hipertensão Arterial: O que é?"	Médica proponente	UBS
Semana 2	Oficina de nutrição saudável	Nutricionista	Salão Paroquial
Semana 3	Criação do Grupo de Convivência	Toda Equipe ESF	Salão Paroquial
Semana 4	Roda de Conversa: "Hábitos deletérios: cigarro e álcool"	Equipe de Enfermagem	UBS (Área externa)

Figura 1. Programação das ações educativas



Figura 2. Visitas domiciliares e Educação em Saúde com Idosos Hipertensos

ANEXO