

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

**THIAGO TORRES NOBRE**

**MELHORIA DO TRATAMENTO DOS ADULTOS PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DO CENTRO DE SAÚDE JUÇARAL,  
MUNICÍPIO DE BACABAL-MA**

São Luís  
2017

**THIAGO TORRES NOBRE**

**MELHORIA DO TRATAMENTO DOS ADULTOS PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DO CENTRO DE SAÚDE JUCARAL,  
MUNICÍPIO DE BACABAL-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Orientadora: Débora Luana Ribeiro Pessoa

São Luís  
2017

Nobre, Thiago Torres

Melhoria do tratamento dos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica do centro de saúde Jucara, município de Bacabal-MA/Thiago Torres Nobre. – São Luís, 2017.

20 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Maranhão, UNA-SUS, 2017.

1. Hipertensão. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Assistência à Saúde. I. Título.

CDU 616.12-008.331.1

**THIAGO TORRES NOBRE**

**MELHORIA DO TRATAMENTO DOS ADULTOS PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DO CENTRO DE SAÚDE JUCARAL,  
MUNICÍPIO DE BACABAL-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Aprovado em / /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Débora Luana Ribeiro Pessoa** (Orientadora)  
Doutorado em Biotecnologia  
Universidade Federal do Maranhão

---

**2º MEMBRO**

---

**3º MEMBRO**

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) faz parte de uma classe de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representando, de forma mútua, uma das principais causas de óbitos em todo o país. Objetiva-se com este estudo Melhorar a atenção e a adesão ao tratamento dos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica do Centro de Saúde Jucaral, do município de Bacabal-MA. Trata-se de um projeto de intervenção, onde algumas das metas são: cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde; buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Os impactos da intervenção serão percebidos na comunidade, visto que os indicadores de cobertura demonstrarão boa adesão dos hipertensos ao programa. Portanto, é importante considerar que as necessidades de saúde destes clientes requer uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is part of a class of chronic noncommunicable diseases (DCNT), representing, in a mutual way, one of the main causes of death in the whole country. This study aims to improve attention and adherence to the treatment of adults with systemic arterial hypertension at the Jucara Health Center in the city of Bacabal-MA. This is an intervention project, where some of the goals are: to register 100% of the hypertensive patients in the area covered in the Program of Attention to Hypertension of the health unit; 100% of the hypertensive patients in the health unit according to the recommended periodicity, to carry out an appropriate clinical examination in 100% of the hypertensive patients, to prioritize the prescription of drugs from the popular pharmacy to 100% of the hypertensives enrolled in the health unit, Of dental care in 100% of hypertensive patients and to carry out stratification of cardiovascular risk in 100% of the hypertensive patients enrolled in the health unit. The impacts of the intervention will be perceived in the community, since the coverage indicators will show good adherence of the hypertensive patients to the program. Therefore, it is important to consider that the health needs of these clients require specific attention that can avoid high costs for the Health System and, above all, provide better health conditions to these people.

**Keywords:** Hypertension. Primary Health Care. Health Care.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>1.1</b>	<b>Título.....</b>	<b>06</b>
<b>1.2</b>	<b>Equipe Executora.....</b>	<b>06</b>
<b>1.3</b>	<b>Parcerias Institucionais.....</b>	<b>06</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>07</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>08</b>
<b>4.1</b>	<b>Geral.....</b>	<b>08</b>
<b>4.2</b>	<b>Específicos.....</b>	<b>09</b>
<b>5</b>	<b>METAS.....</b>	<b>09</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>10</b>
<b>7</b>	<b>CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....</b>	<b>13</b>
<b>8</b>	<b>IMPACTOS ESPERADOS.....</b>	<b>14</b>
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>15</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>17</b>

## **1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO**

### **1.1 Título**

Melhoria do tratamento dos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica do Centro de Saúde Juçaral, município de Bacabal-MA.

### **1.1 Equipe Executora**

- Médica da equipe;
- Enfermeira;
- Dentista;
- Agentes Comunitários de Saúde;
- Técnica de enfermagem.

### **1.2 Parcerias Institucionais**

- Centro de Referência a Assistência Social (CRAS)
- Centro de Atenção Psicossocial
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- Hospital Municipal

## **2 INTRODUÇÃO**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) faz parte de uma classe de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representando, de forma mútua, uma das principais causas de óbitos em todo o país. Em relação às doenças crônicas não transmissíveis, destacam-se as doenças cardiovasculares coronarianas, dislipidemias, hipertensão arterial, obesidade e diabetes mellitus, as quais formam um conjunto de morbidades geralmente associadas entre si, constituindo-se em graves problemas de saúde pública (ROSE et al., 2011).

Hipertensão é cerca duas vezes mais frequente nos diabéticos do que na população em geral, afetando 30 a 80% destes doentes, dependendo do grau de obesidade, idade, etnicidade e tempo de evolução da doença (CARVALHO, 2011).



Dessa forma, o manejo do diabetes mellitus e da hipertensão arterial deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento (BRASIL, 2011). A equipe de Saúde da Família possui um papel fundamental neste processo, fazendo o levantamento epidemiológico e propondo medidas preventivas, de controle e tratamento (BRASIL, 2013).

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, tendo como principais fatores de risco a hipertensão e o diabetes. Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012) divulgou que a hipertensão arterial é responsável pela morte de 9,4 milhões de pessoas por ano, em todo mundo, além de estar relacionada com 45% dos ataques do coração e 51% dos derrames cerebrais.

Diante disso, é de extrema importância a elaboração de um plano de intervenções na atenção primária a saúde que permita não apenas o tratamento dessa condição e de seus fatores de risco, e sim, mais do que isso, que realize promoção de saúde e assim prevenção dessa doença. Sendo assim, observou-se a necessidade da elaboração de um plano de ação para o controle dessa doença crônica que acomete a população do território de Jucaral em Bacabal-MA.

### **3 JUSTIFICATIVA**

A UBS em que trabalho é em uma Unidade de zona rural, localizada no município de Bacabal-MA, a qual se destina a prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica.

Com relação à atenção aos hipertensos e diabéticos, os pacientes são atendidos em dois turnos em dias diferentes, sendo que o médico atende um grupo de hipertenso e diabético em um determinado mês e, no mês posterior, estes mesmos pacientes serão atendidos pelo enfermeiro. Mesmo assim, a equipe faz, em outros turnos, atendimento de problemas de saúde agudos devido aos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Observa-se, também, que os pacientes realizam exames complementares periodicamente, recebem orientações quanto a mudanças nos hábitos de vida (tais como alimentação saudável, prática de exercícios físicos regulares, desencorajar o uso de álcool e tabagismo), há uma busca ativa dos faltosos e realização de palestras

educativas acerca dos sinais e sintomas das doenças e suas complicações. Contudo, sinto falta ainda de protocolos para estratificação de risco cardiovascular dos pacientes.

Na área em questão estão cadastrados 218 hipertensos, estes dados foram provenientes do SIAB (Sistema de Informação sobre Atenção Básica) e do registro do Programa de acompanhamento de hipertensos e diabéticos, dos quais apenas 54% são acompanhados pela UBS em questão. Dos hipertensos da área de cobertura, no entanto poucos estão com os exames complementares periódicos atualizados, porém todos que são acompanhados são orientados sobre a prática de atividade física regular e sobre alimentação saudável.

Sendo assim, o que poderia ser melhorado de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS seria fazer a estratificação dos clientes hipertensos (através dos critérios de Framingham que consta de dados clínicos e laboratoriais do paciente, tais como idade, sexo, PA, tabagismo e outros) e avaliação periódica da saúde bucal.

Desta forma, o interesse em desenvolver essa intervenção emergiu da necessidade de um plano de ação a fim de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos portadores de HAS, cadastrados neste centro de saúde, implantando medidas de prevenção e tratamento para a referida doença e ações contínuas como promoção de educação em saúde, com atividade física regular, bem como orientação nutricional, sob a orientação de profissionais capacitados. Sendo assim, colocando boa parte dessas metas em prática, procurou-se reduzir o número de doenças cardiovasculares e ainda melhorar a qualidade de vida da população de abrangência.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

- Melhorar a atenção e a adesão ao tratamento dos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica do Centro de Saúde Jucaral, do município de Bacabal-MA.

## 4.2 Objetivos específicos

- Ampliar a adesão do hipertenso ao tratamento medicamentoso;
- Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso;
- Mapear hipertensos de risco para doença cardiovascular;
- Realizar a promoção da saúde dos hipertensos.

## 5 METAS

- Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde;
- Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;
- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;
- Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;
- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;
- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;
- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos;
- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos;
- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

## 6 METODOLOGIA

Com a finalidade de melhorar e ampliar a cobertura de pacientes atendidos na UBS será monitorada o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade básica de saúde (UBS), bem como, será realizada busca ativa, através dos ACS, dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada, no intuito de manter o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus foi adotado pela unidade de saúde. Esse monitoramento será realizado semanalmente durante a reunião com a equipe.

Além disso, também será avaliado o número de hipertensos com exame clínico apropriado (registro de pressão arterial e peso, avaliação de pulsos e sensibilidade das extremidades, em especial dos pés), aqueles que estão com os exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e de acordo com a periodicidade recomendada. Estas avaliações serão realizados também semanalmente nas reuniões com equipe por meio dos prontuários do paciente. Monitorar o acesso e priorizar os medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes da Farmácia Popular também fará parte das ações desta intervenção, o qual será realizado uma vez por mês pela enfermeira da UBS, pois esta é a responsável pelos pedidos destas medicações.

O médico e a enfermeira da equipe também serão responsáveis por mapear e monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco cardiovascular por ano. Para realizar tal atividade, sempre no momento da consulta o prontuário será avaliado para checar se ela foi executada ou não, caso não tenha sido realizada, o médico e a enfermeira devem aproveitar a consulta para desenvolvê-la e registra-se no prontuário e na ficha espelho disponibilizada pelo PROVAB, com essa atitude irá melhorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

A enfermeira, os ACS, o cirurgião dentista, receberam um treinamento para o acompanhamento dos pacientes hipertensos, o qual será realizado pelo médico da equipe, o qual irá estimular ações de promoção da saúde aos hipertensos através da realização de: orientação nutricional, orientação para atividade física regular, orientação sobre os riscos do tabagismo e de consultas periódicas anuais com o

cirurgião-dentista. Para desenvolvimento desta atividade o médico realizara com a equipe reuniões no intuito de elaborar um cronograma para as ações de promoção e prevenção da saúde, sendo que os responsáveis por executar essas ações serão o médico e a enfermeira da equipe. Também será solicitado a colaboração da equipe do NASF. Essas palestras serão executadas quinzenalmente aos pacientes dos hipertensos e diabéticos.

A Equipe de Saúde na Família também se responsabilizará para garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa, por meio da busca ativa dos faltoso identificados pelo médico e pela enfermeira, os quais serão repassados para visitas domiciliares para os ACS semanalmente durante as reuniões com equipe. Também será garantido melhorias no acolhimento para aos pacientes portadores de hipertensão arterial, pois toda equipe será treinar para essa finalidade. Também será garantido o material adequado para aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica), assim como garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Essa garantia será estabelecida por meio de uma conversa com os gestores do município no intuito de repassar os objetivos do projeto de intervenção para a melhorias na qualidade da atenção aos hipertensos da área em questão.

Para as consultas médicas e de enfermagem será definido as atribuições de cada um no exame clínico de pacientes hipertensos. O médico da equipe ficará responsável também em comunicar a Secretaria Municipal de Saúde à necessidade dos materiais impressos para a capacitação da equipe e também em solicitar a garantia do retorno dos exames complementares solicitados, assim como também garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados. O médico da equipe ficará responsável por demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" e organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso, além de estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico e demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes. Essa atividade será realizada pelo profissional cirurgião-dentista e pela auxiliar em higiene bucal semanalmente.

Caberá a Equipe de Saúde na Família informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, bem como informar sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientar também sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas agendadas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos), assim como esclarecer aos hipertensos, diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

A equipe de saúde também será responsável por orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão arterial e da diabetes mellitus e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e orienta-los quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Orientar aos hipertensos e diabéticos quanto ao seu nível de risco cardiovascular e à importância do acompanhamento regular, além de esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, tabagismo e sedentarismo). Essas orientações serão repassadas pelos ACS durante as visitas domiciliares e também pelo médico e pelo enfermeiro da equipe durante as consultas. Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde e mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.



## 8 IMPACTOS ESPERADOS

O desenvolvimento do projeto de intervenção no Centro De Saúde Jucaral, Do Município de Bacabal-MA irá proporcionar o cadastro de 100% e consequentes melhorias dos registros.

Além disso, a equipe (médico, enfermeira, técnico de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde) terão que se integrar e também ser capacitados para a execução das tarefas estabelecidas pelos objetivos do projeto de intervenção, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde (MS) relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e do DM.

Neste sentido, é importante mencionar que anteriormente todas as atividades de atenção ao Hipertenso concentravam-se nas ações médicas. Nesta perspectiva com a intervenção será possível rever tal atuação e também ampliar as competências de cada membro da equipe para que estes se tornem cada vez mais colaboradores ativos. Desta forma, com o reconhecimento do papel de cada membro da UBS em questão haverá melhorias significativas no registro e no agendamento dos hipertensos, que por sua vez otimizará o agendamento para a atenção a demanda espontânea.

Sendo assim, o impacto da intervenção também será percebida na comunidade, visto que os indicadores de cobertura demonstrarão boa adesão dos hipertensos ao programa. Essa adesão e outros indicadores terão como empenho alcançar as metas pré-estabelecidas por meio do apoio dos gestores, pela comunicação entre a equipe e pelo treinamento oferecido. Também haverá uma boa articulação com a comunidade, onde os ACS serão importantes neste processo, por meio de divulgação da intervenção, para explicar a importância do acompanhamento pelo programa do HIPERDIA, pelas buscas ativas e também pelo cadastro de novos pacientes, bem como reforça a sua presença nas reuniões, consultas e palestras.

Pensando nestas e em outras melhorias que serão alcançadas com a intervenção, a boa participação da equipe na execução das tarefas a intervenção será facilmente incorporada à rotina do serviço e da comunidade, o que nos proporcionara a certeza que mesmo após a minha saída elas continuaram sendo executadas. Sendo assim, os próximos passos será ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorizar atenção aos hipertensos, com um olhar especial para aqueles de alto risco. Tal ampliação será



realizada pela enfermeira e médico durante as consultas e também pelos ACS durante as visitas domiciliares.

Além disso, também se pretende que outros serviços incorporem as ações estabelecidas com a intervenção, pois assim que os gestores tomarem conhecimento dos indicadores através da apresentação deste TCC, tenho certeza que ficarão satisfeitos e irão investir na parceria com a equipe para continuar ampliando o Programa do hiperdia, bem como outros programas, tão quanto importantes, como por exemplo, o Programa do Pré-natal. Contudo, foi possível identificar o quanto é possível melhorar o serviço em questão, pois a equipe é muito participativa, os gestores também colaboram e a população anseia por mais melhorias.

## **9 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao começar a trabalhar na atenção básica pude confrontar-me com pensamento repassado ainda na graduação do curso de medicina a respeito do planejamento de uma intervenção na atenção básica e pude entender a funcionalidade dos serviços públicos a atenção aos clientes hipertensos, onde me deparei com uma realidade não especificada na teoria, tais como: falta de estrutura nas Unidades Básica de Saúde (UBS), falta de recursos humanos e materiais, dentre outros problemas.

No entanto, o desafio de oferecer suporte de qualidade de vida para uma população com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) da área de cobertura da ESF por meio de uma atenção adequada a estes clientes, juntamente com a atenção para a magnitude e a severidade dos seus problemas funcionais, é imperativo para o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde factíveis e condizentes com as reais necessidades das pessoas com essas patologias.

Desta forma, é importante considerar que as necessidades de saúde destes clientes requer uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas. No entanto, entende-se que estas mesmas necessidades precisam ser adequadamente identificadas e incorporadas em novas práticas de saúde, para além do modelo biomédico essencialmente curativo e centrado no profissional, e não no cliente. Tais práticas requerem a voz e a participação ativa destes clientes no

movimento de construção e efetivação das leis e políticas sociais e de saúde que viabilizem o viver com essas patologias com qualidade de vida.

Sendo assim, algumas inquietações acerca das atuais políticas dirigidas aos Hipertensos nos levam a indagar quais são as reais necessidades deles, que critérios são utilizados para defini-las e como satisfazê-las adequadamente. De que modo os profissionais da saúde estão se preparando/capacitando para cuidar deles, e, principalmente, se tem sido oportunizado a esses clientes desenvolver autonomia e independência. Algumas dessas inquietações foram respondidas no decorrer do projeto de intervenção, porém outras ainda continuam sem resposta, pois tais inquietações requerem a busca por mudanças estruturais e por políticas possíveis e factíveis, as quais responderão pela melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Outro ponto a ser considerado diz respeito às ações educativas que serão desenvolvidas neste projeto de intervenção, as quais poderão ser consideradas como alternativas importantes para assegurar a autonomia e independência destes clientes, como também o conviver com essas patologias com qualidade de vida.

Portanto, fica evidente que esse modelo condiciona a educação em saúde para ações que visam a modificar as práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento, através de orientações do médico, da enfermeira, da nutricionista, do educador físico, do dentista, enfim de uma equipe multiprofissional para propor atividades participativas, particularmente a formação de grupos para o Programa do Hiperdia.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial*. Brasília: Ministério da saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica*. Brasília: Ministério da saúde, 2013.

CARVALHO, D. Hipertensão e Diabetes. *Revista Factores de Risco*, São Paulo, v. 22, p. 50-4, jul-set. 2011. Disponível em:<  
<http://www.spc.pt/DL/RFR/artigos/356.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

GOVERNO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 2010. Disponível em<  
[www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Documentos/MS/Rel\\_Diabetes\\_2010.pdf](http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Documentos/MS/Rel_Diabetes_2010.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2017.

ROESE, A. et al. Perfil de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus a partir de Bases de dados nacionais em municípios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. APS*;14(1), jan.-mar. 2011.