

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

**MARIA FARIAS SOUTO NUNES**

**IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS EDUCACIONAIS E TERAPÊUTICAS PARA  
CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E SUAS  
COMPLICAÇÕES EM IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE JITAÚNA - BA**

São Luís  
2017

**MARIA FARIAS SOUTO NUNES**

**IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS EDUCACIONAIS E TERAPÊUTICAS PARA  
CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E SUAS  
COMPLICAÇÕES EM IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE JITAÚNA - BA**

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

Orientadora: Profa. M.Sc. Marjane Soares Ferreira

São Luís  
2017

Nunes, Maria Farias Souto

Implementação de medidas educacionais e terapêuticas para controle da hipertensão arterial sistêmica e suas complicações em idosos de uma unidade de saúde de Jitaúna - BA/Maria Farias Souto Nunes. – 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, UNASUS, 2017.

1. Hipertensão. 2. Saúde do Idoso. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDU 616.12-008.331.1

**MARIA FARIAS SOUTO NUNES**

**IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS EDUCACIONAIS E TERAPÊUTICAS PARA  
CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E SUAS  
COMPLICAÇÕES EM IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE JITAÚNA - BA**

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

Aprovado em: / /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Marjane Soares Ferreira** (Orientadora)

Mestre em Biologia Ambiental

Universidade Federal do Pará - UFPA

---

**2º MEMBRO**

---

**3º MEMBRO**

## RESUMO

No Brasil, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV), principal causa de morte no país. A HAS constitui um dos principais agravos crônicos predominante nos idosos da área de abrangência da Unidade Saúde da Família Cinara Gomes de Almeida, no Município de Jitaúna - BA, suas complicações são responsáveis pela elevada morbimortalidade, onerando o município e a própria comunidade. O objetivo deste trabalho é promover atividades de educação permanente, tanto para a equipe de saúde, quanto a população-alvo, com finalidade de manter um controle adequado dos níveis pressóricos e prevenir fatores de risco na tentativa de diminuir suas comorbidades. Assim, serão identificados os idosos (> 60 anos) hipertensos, atualizado o cadastro e estratificado o risco cardiovascular. A equipe de saúde deverá ser capacitada para um cuidado integral, além de realizar atividades educativas com suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para os pacientes e seus cuidadores, enfatizando a importância de mudanças no estilo de vida, tanto quanto a adesão ao tratamento medicamentoso. Espera-se conscientizar a população idosa hipertensa de que a melhor maneira de prevenir complicações advindas da HAS é o controle adequado dos níveis pressóricos através de mudanças no estilo de vida, regularidade nas consultas e uso correto e contínuo das medicações prescritas.

Palavras-chave: Hipertensão. Saúde do Idoso. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

In Brazil, High Blood Pressure (HBP), a multifactorial clinical condition characterized by elevated and sustained blood pressure (BP), reaches 32.5% (36 million) adults, more than 60% of the elderly, contributing directly or indirectly to 50% of cardiovascular disease deaths (CVD), the main cause of death in the country. HBP is one of the main chronic diseases prevailing in the elderly of the area covered by the Family Health Unit Cinara Gomes de Almeida, in the municipality of Jitaúna - BA, its complications are responsible for high morbidity and mortality burdening the municipality and the community itself. The objective of this study is to promote continuing education activities both for the health team and the target population in order to maintain an adequate control of blood pressure levels and to prevent risk factors in an attempt to reduce their comorbidities. Thus, the hypertensive elderly will be identified (> 60 years), the registry updated and the cardiovascular risk stratified, the health team should be able to provide comprehensive care and besides carrying out educational activities with assistance from the Family Health Support Center for patients and their caregivers, emphasizing the importance of changes in lifestyle as well as adherence to drug treatment. It is hoped that the elderly hypertensive population will be aware that the best way to prevent complications from hypertension is to adequately control blood pressure levels through changes in lifestyle, regularity of appointments and correct and continuous use of prescribed medications.

Keywords: Hypertension. Health of the Elderly. Primary Health Care.

## SUMÁRIO

	p.
<b>1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>06</b>
1.1 Título.....	06
1.2 Equipe Executora.....	06
1.3 Parcerias Institucionais.....	06
<b>2 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>09</b>
<b>4 OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
4.1 Geral.....	10
4.2 Específicos.....	10
<b>5 METAS.....</b>	<b>11</b>
<b>6 METODOLOGIA .....</b>	<b>11</b>
<b>7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....</b>	<b>16</b>
<b>8 IMPACTOS ESPERADOS.....</b>	<b>17</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>17</b>
REFERÊNCIAS.....	19

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

### **1.1 Título**

Implementação de medidas educacionais e terapêuticas para controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e suas complicações em idosos de uma unidade de saúde de Jitaúna - BA

### **1.2 Equipe Executora**

- Maria Farias Souto Nunes - Médica
- Profa. Marjane Soares Ferreira - Orientadora
- Jociene de Souza Palmito Miranda - Enfermeira
- Wendel de Oliveira Santos - ACS
- Valdilene Batista Sampaio - ACS
- Eliene Silva dos Santos - ACS
- Givan de Jesus Cidreira - ACS
- José Luis Jesus Pinto - ACS
- Alexandro Silva Pereira - ACS
- Dilma da Silva Lima- Técnica de Enfermagem
- Angelina Araújo Marques - Técnica de Enfermagem

### **1.3 Parcerias Institucionais**

- Secretaria Municipal de Saúde de Jitaúna - BA
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Jitaúna - BA

## **2 INTRODUÇÃO**

O impacto das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), com destaque para as doenças do aparelho circulatório, na saúde das populações é crescente em todo o mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda da



qualidade de vida, com alto grau de limitação e incapacidade, além de serem responsáveis por impactos econômicos para as famílias, sociedade e sistemas de saúde. Essas doenças atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (MALTA et al., 2014).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), configura-se como um dos agravos crônicos mais comuns, predominando em idosos (maiores de 60 anos), e com repercussões clínicas mais graves principalmente por ser uma doença assintomática e, no momento do diagnóstico, se apresentar já com comorbidades (SILVEIRA et al., 2013). Nos idosos, 60% dos casos correspondem a hipertensão sistólica isolada (HSI), cuja fisiopatologia se deve ao envelhecimento vascular caracterizado por alterações na microarquitetura da parede dos vasos, com conseqüente enrijecimento arterial tendendo a elevar a pressão sistólica (PAS) e manter a pressão diastólica (PAD) dentro dos valores normais ou até diminuir (GAZONI et al., 2009).

A elevação da PA representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular (DCV) com custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

No Brasil, a HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de doença cardiovascular (DCV), principal causa de morte no país, tendo aumento progressivo com níveis de PA a partir de 115x75mmHg (SCALA et al., 2015).

A HAS e as doenças relacionadas são responsáveis por alta frequência de internações, reabilitação e perda de produtividade devido as incapacidades físicas geradas (BRANDAO et al., 2010). Insuficiência cardíaca é a principal causa de hospitalização entre as doenças cardiovasculares, sendo duas vezes mais frequente que as internações por acidente vascular cerebral. No Brasil, em 2012 ocorreram

1.137.024 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS), com um custo global de R\$ 2.381.639.909,14 (DATASUS, 2014).

Dessa maneira, a HAS configura-se como importante problema de saúde pública no Brasil. Com o intuito de minimizá-la, no ano 2000 foi lançado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus. Diversas ações foram implementadas nos estados e municípios, como capacitações profissionais na atenção básica, pactuação de normas e metas entre as três esferas da gestão de saúde, atenção à assistência farmacêutica e dispersão de medicamentos de uso contínuo e promoção de atividades educativas (BRASIL, 2001).

Também foi criado o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA). Por meio desse sistema tornou-se possível a descrição do perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados. A informação é uma importante ferramenta para gestores e planejadores de saúde na formulação e avaliação de políticas públicas (BRASIL, 2013).

A busca pela saúde e qualidade de vida atualmente tem propiciado discussões e gerado reflexões sobre hábitos e mudanças de posturas frente a costumes adquiridos. Fatores de risco como o sedentarismo, a alimentação inadequada e o tabagismo, diretamente relacionados ao estilo de vida, são responsáveis pelo desenvolvimento de alguns tipos de doenças crônicas, mostrando-se, nessa relação causal, mais decisivo que a combinação de fatores genéticos e ambientais (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Estudos epidemiológicos têm demonstrado não só o aumento da prevalência da hipertensão com a idade, mas também a sua ocorrência em associação a outros fatores de risco, com estilo de vida e com fatores metabólicos, todos independentemente associados ao aumento de risco para a ocorrência de doenças cardiovasculares (BRANDAO et al., 2010). A alta prevalência e aglomeração de fatores de risco para essas doenças cardiovasculares entre hipertensos reforçam a necessidade não só de melhorar o diagnóstico e tratamento da hipertensão, mas também de abordar de forma integral o perfil de risco dos pacientes (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A identificação dos maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares, através de estudos de base populacional, e estratégias de controle efetivas, combinadas à educação permanente da comunidade e ao monitoramento prioritário dos indivíduos de alto risco, contribuem para uma queda substancial na mortalidade

em quase todos os países desenvolvidos. Além disso, diagnosticar precocemente e manter sob controle os níveis de PA, estimulando mudanças no estilo de vida e demonstrando a importância da adesão terapêutica irá melhorar de forma considerável os fatores de risco (FERREIRA et al., 2009).

Um número expressivo de idosos faz parte da população adscrita da USF Cinara Gomes, Jitaúna - BA, e dentre as afecções mais prevalentes encontra-se a HAS com suas complicações. Os cuidados com tais hipertensos tornam-se bastante onerosos para o município, pois são altas as taxas de internação hospitalar, os tratamentos contínuos devido a sequelas, medicações e exames diferenciados e acompanhamento com especialistas.

O principal desafio vai além do diagnóstico precoce, onde medidas preventivas seriam empregadas, é necessário atingir o alvo terapêutico combinando o tratamento medicamentoso e não medicamentoso e a garantia da adesão dos pacientes (BASTOS-BARBOSA et al., 2012). Este plano de ação será utilizado pelos profissionais de saúde, gestores e a própria comunidade, os denominados atores sociais, com o intuito de modificar os altos índices de morbimortalidade advindos da HAS e suas complicações.

### **3 JUSTIFICATIVA**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no estado da Bahia, em especial na área de abrangência da USF Cinara Gomes de Almeida, no Município de Jitaúna - BA.

A elevada morbimortalidade acontece devido as complicações da HAS, podendo citar a doença cerebrovascular, arterial coronariana, insuficiência cardíaca e renal crônica dentre as mais frequentes, que levam na maioria das vezes a sequelas permanentes. O aumento das complicações vem atrelado aos excessivos gastos do município com internações hospitalares, tratamentos direcionados e extremamente específicos, tais como fisioterapia, hemodiálise, hemodinâmica, medicações especiais. A população também é atingida economicamente a medida em que necessita de afastamento das atividades laborais, cuidadores domiciliares, muitas vezes os próprios familiares, além dos altos índices de mortalidade.

As principais causas deste problema estão relacionadas aos fatores de risco

da HAS. Sabe-se que a idade tem relação direta com o desenvolvimento de HAS, acima de 65 anos a prevalência é de 60%. Hábitos de vida como sedentarismo, alcoolismo por período de tempo prolongado, tabagismo, principalmente elevando os fatores de risco cardiovascular, aumento na ingestão de sal, sobrepeso e obesidade também contribuem de forma considerável. Fatores socioeconômicos também tem relevância, a exemplo da baixa escolaridade que dificulta o seguimento e orientações básicas.

A população idosa adscrita na área da USF é bastante numerosa e em média 60% destes são portadores de HAS com alguma complicação já estabelecida. Por ser uma comunidade territorialmente extensa, dificultando o deslocamento, de baixa renda e escolaridade, é extremamente difícil manter uma regularidade nas consultas do HIPERDIA e adesão terapêutica. Desta forma, a maioria não apresenta níveis de PA adequados, desconhecem a importância da prevenção de fatores de risco, não fazem uso correto nem contínuo das medicações prescritas elevando os índices de morbimortalidade e onerando o sistema de saúde.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Geral**

Promover medidas educacionais e terapêuticas para controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e suas complicações na população idosa da Unidade de Saúde da Família Cinara Gomes de Almeida no Município de Jitaúna, Bahia.

### **4.2 Específicos**

- Estabelecer o diagnóstico precoce de HAS nos idosos, a não adesão ao tratamento medicamentoso e a estratificação de risco;
- Atualizar o cadastro dos hipertensos na USF, inserindo novas informações de relevância para o acompanhamento da HAS;
- Realizar busca ativa de idosos hipertensos através das visitas domiciliares;
- Capacitar a Equipe de Saúde da Família para realizar uma atenção continuada e integral aos idosos hipertensos;

- Promover ações educativas para os pacientes e familiares enfatizando o conceito de HAS, seus principais fatores de risco e principais medidas de controle dos níveis pressóricos.

## 5 METAS

- Atualizar o cadastro de 100% dos idosos hipertensos da USF, acrescentando informações adicionais de relevância e realizar busca ativa na área para cadastro de novos hipertensos num período de seis meses;
- Capacitar 100% da Equipe de Saúde da Família para reconhecer os aspectos relevantes da HAS e melhorar o acompanhamento dos pacientes em um período de 24 meses;
- Promover mudanças no estilo de vida de 40% dos pacientes alcançados pelo plano;
- Melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso num período de 24 meses;
- Orientar 100% dos cuidadores e os próprios pacientes sobre a importância das consultas de rotina, controle adequado dos níveis pressóricos, identificação dos fatores de risco e uso correto de medicações;
- Reduzir em 30% a morbimortalidade da HAS.

## 6 METODOLOGIA

- Local da intervenção:  
Unidade Saúde da Família Cinara Gomes de Almeida, Município de Jitaúna - BA.
- População abordada:  
Todos os idosos ( > 60 anos) hipertensos adscritos na área de abrangência da Unidade de Saúde supracitada.
- Etapas do projeto:

1ª Etapa: Atualização do cadastro de idosos (acima de 60 anos) hipertensos na área de abrangência da USF.

A medida que estes pacientes se deslocarem para a USF nas consultas de HIPERDIA ou mesmo na demanda espontânea serão acolhidos pela técnica de enfermagem que irá preencher na ficha de cadastro dos hipertensos os dados de identificação e antropométricos, sendo estes o peso, altura, IMC, pressão arterial, circunferência abdominal e frequência cardíaca. Ao serem encaminhados para as suas respectivas consultas, seja com médica ou enfermagem, os demais dados deverão ser completados, entre eles as medicações em uso, fatores de risco, presença de comorbidades e avaliado a necessidade de exames complementares. Os idosos hipertensos com dificuldade de locomoção ou resistentes ao atendimento na USF deverão ser identificados pelos ACS e agendado visita domiciliar com médica ou enfermeira para avaliação.

A primeira avaliação da PA deve ser obtida com o paciente na posição sentada, em ambos os membros superiores, utilizando o braço com o maior valor de PA para as medidas subsequentes. Durante as consultas deverão ser realizadas pelo menos três medidas, com intervalo de 1 minuto, sendo a média das duas últimas considerada a pressão arterial do indivíduo.

A avaliação laboratorial de rotina deve conter glicemia de jejum, potássio, sumário de urina, creatinina, colesterol total (CT), HDL, triglicérides (TG) e eletrocardiograma que deverão ser realizados no mínimo anualmente.

Para a estratificação do risco cardiovascular deverão ser levados em conta:

1. Estratificação do risco cardiovascular global (tabela 9)
2. Fatores de risco adicionais:
  - Idade homem > 55 e mulheres > 65 anos,
  - Tabagismo,
  - Dislipidemia (TG >150mg/dl, LDL > 100 mg/dl, HDL < 40mg/dl),
  - Diabetes mellitus,
  - História familiar prematura de doença cardiovascular: mulheres < 65 anos e homens < 55 anos.
3. Doenças cardiovasculares:

- Doenças cerebrovasculares (AVE, AVEI, AVEH, alteração da função cognitiva), doença cardíaca (infarto, angina, revascularização coronária, insuficiência cardíaca),
- Doença renal (nefropatia diabética, déficit importante de função – clearance < 60ml/min),
- Retinopatia avançada (hemorragias ou exsudatos, papiledema),
- Doença arterial periférica.

AVE – Acidente Vascular Encefálico, AVEI – Acidente Vascular Encefálico Isquêmico, AVEH – Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico.

4. Valores da pressão arterial, de acordo com medida casual no consultório (>18 anos):

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130 - 139	85 - 89
HAS estágio 1	140 - 159	90 - 99
HAS estágio 2	160 - 179	100 - 109
HAS estágio 3	≥ 180	≥ 110
HAS sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

5. Lesões subclínicas em órgãos-alvo (se disponível exames)

- ECG com HVE (Sokolow – Lyon > 35 mm em homens (H) e > 20 mm para mulheres (M),
- ECO com HVE (índice de massa de VE > 134g//m<sup>2</sup> em H ou 110g/m<sup>2</sup> em M),
- Espessura médio-intimal da carótida > 0,9 mm ou presença de placa de ateroma,
- Índice tornozelo braquial < 0,9,
- Depuração de creatinina estimada < 60 ml/min/1,72 m<sup>2</sup>,
- Baixo ritmo de filtração glomerular ou clearance de creatinina < 60ml/min,

- Microalbuminúria 30 – 300 mg/ 24h ou relação albumina/creatinina >30 mg/g,
- Velocidade de onda de pulso > 12m/s.

ECG – Eletrocardiograma, ECO – Ecocardiograma, HVE – Hipertrofia Ventricular Esquerda.

**Tabela 9 - Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído à classificação de hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas (Classe IIa, Nível C)**

Outros fatores de risco ou doenças	Normotensão			Hipertensão		
	Ótimo PAS < 120 ou PAD < 80	Normal PAS 120–129 ou PAD 80–84	Limítrofe PAS 130–139 ou PAD 85–89	Estágio 1 PAS 140–159 PAD 90–99	Estágio 2 PAS 160–179 PAD 100–109	Estágio 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
Nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1–2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
≥ 3 fatores de risco, LOA ou SM – DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

LOA - lesão de órgãos-alvos; SM - síndrome metabólica; DM - diabetes melito.

2ª Etapa: Reuniões com a equipe de saúde da família na tentativa de capacitá-los para reconhecer os principais aspectos dos cuidados com os idosos hipertensos.

Inicialmente reuniões quinzenais, onde serão discutidos temas relevantes sobre HAS, tais como diagnóstico, uso correto de medicação, fatores de risco adicionais, comorbidades, importância da mudança no estilo de vida, entre outros. Além disso será um momento para discutir a assistência diferenciada de alguns pacientes, como está sendo a evolução e a situação familiar, principalmente com os ACS que estão mais próximos da comunidade. Tais reuniões serão realizadas na própria USF com a participação da médica, enfermeira, técnicos de enfermagem, recepcionista e ACS, através de apresentações no computador em slides e distribuição de material impresso referente ao que for discutido.

3ª Etapa: Atividades educativas estão voltadas para os idosos hipertensos e cuidadores.

Serão realizadas de preferência na própria USF pela facilidade de deslocamento dos mesmos, inicialmente mensais, com a participação da equipe de saúde da família (médica, enfermeira, ACS e técnicos de enfermagem), contando com



o apoio em alguns encontros da equipe do NASF, algum representante da Secretaria Municipal de Saúde, de preferência o coordenador da Atenção Básica e membros da família do paciente ou cuidador.

Os primeiros encontros contarão com palestras informativas e dinâmicas em grupo sobre temas relevantes, apresentadas em slides, com distribuição de material informativo, ao final será discutido com os participantes sobre o que foi apresentado, ouvir suas dúvidas e opiniões sobre quais temas poderiam ser abordados nas reuniões seguintes.

Priorizar atividades que promova a autonomia dos idosos, fazendo eles se sentirem responsáveis pelo cuidado com sua doença que reconheçam a importância do uso regular da medicação e da mudança no estilo de vida, saibam identificar alguns fatores de risco e procurem a USF não apenas quando apresentarem algum sintoma, mas estejam presentes nas consultas regulares do HIPERDIA. A participação de algum membro da família é de extrema importância, pois muitas vezes estes são responsáveis pelos cuidados, além de incentivarem o paciente nas mudanças propostas.

4ª Etapa: Promover junto com o NASF atividades com o nutricionista e educador físico.

Apresentar um cardápio de acordo com as condições econômicas dos participantes e orientar no preparo e melhor uso dos alimentos, além de promover atividades ao ar livre na própria USF como relaxamento, alongamento, e até mesmo aeróbica condizentes com a capacidade de cada um. A participação de um membro da Secretaria de Saúde seria para informar sobre exames complementares, marcação, garantir que pacientes tenham encaminhamentos adequados para os outros níveis de atenção, assim como pelo menos no município estabelecer os mecanismo de referência e contra-referência para melhorar a integralidade no cuidado.

## 7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	Mês 05/2017	Mês 06/2017	Mês 07/2017	Mês 08/2017	Mês 09/2017	Mês 10/2017	Mês 11/2017	Mês 12/2017
Atualização do cadastro dos idosos HAS	x	x	x	x	x			
Capacitação da ESF	x	x	x	x	x	x	x	x
Visitas domiciliares aos idosos acamados ou resistentes	x	x	x			x		
Atividades educativas com idosos HAS				x	x		x	
Atividades físicas (NASF)								x
Palestras com nutricionista (NASF)						x		
Confraternização com idosos e ESF								x

ATIVIDADES	Mês 01/2018	Mês 02/2018	Mês 03/2018	Mês 04/2018	Mês 05/2018	Mês 06/2018
Atualização do cadastro dos idosos HAS						
Capacitação da ESF	x	x	x	x	x	
Visitas domiciliares aos idosos acamados ou resistentes	x			x		
Atividades educativas com idosos HAS	x	x		x		
Atividades físicas (NASF)					x	
Palestras com nutricionista (NASF)			x			
Confraternização com idosos e ESF						x

## 8 IMPACTOS ESPERADOS

- Diminuição das internações e sequelas advindas das complicações da HAS;
- Redução para o município dos custos com internações, exames complexos, reabilitação e assistência médica especializada;
- Melhora na qualidade de vida dos pacientes, diminuindo o afastamento do convívio social e lazer, dependência de cuidadores para realização de tarefas do cotidiano, locomoção e autocuidado, necessidade de internações subsequentes;
- Menor absentismo ao trabalho dos cuidadores, geralmente familiares, melhorando a qualidade de vida destes, com diminuição dos problemas familiares e aumento do poder aquisitivo;
- Profissionais de saúde aptos a acompanhar o curso clínico da HAS e intervir da melhor forma quando necessário, com ações de prevenção e promoção.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos houve um aumento significativo das doenças crônicas não-transmissíveis, dentre elas se destaca a Hipertensão Arterial Sistêmica, um dos principais agravos da saúde pública no Brasil e no mundo. Por ser uma doença muitas vezes silenciosa, no momento do diagnóstico geralmente já existem outras comorbidades associadas o que eleva as taxas de morbimortalidade, além de contribuir para onerar o sistema de saúde.

A Atenção Básica sendo a porta de entrada do sistema de saúde seria o local ideal para diagnosticar os hipertensos e avaliar os principais fatores de risco na tentativa de diminuir consideravelmente as complicações advindas da HAS. Para que isto ocorra é necessário uma equipe multiprofissional apta a desenvolver ações educativas para conscientizar os pacientes sobre sua condição e melhorar a adesão terapêutica, além de estar capacitada para acolher estes pacientes e dar continuidade no seu acompanhamento, mesmo se estes forem referenciados para outros níveis de atenção.

Os pacientes e seus familiares ou cuidadores também devem estar envolvidos em todo o processo, desde o diagnóstico até orientações de tratamento, considerando sempre o contexto sociocultural e econômico de cada um. Tão importante quanto usar as medicações prescritas e adotar mudanças no estilo de vida é ter um acompanhamento regular na Unidade de Saúde, principalmente porque muitos abandonam o tratamento medicamentoso devido aos custos ou efeitos adversos dos mesmos e as medidas não farmacológicas são difíceis de comprovar a efetividade real.

Através do planejamento adequado definido pela racionalização das ações humanas, com objetivos definidos, é possível analisar a viabilidade para intervir neste problema de saúde de impacto na comunidade, atendendo assim as necessidades individuais e coletivas.

## REFERÊNCIAS

- BASTOS-BARBOSA, Rachel G. et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 1, p. 636-41, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2012nahead/aop05112.pdf>. Acesso em: 05 Dez. 2016.
- BRANDAO, Andréa A. et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 32, supl. 1, p. 1-4, Set. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-2802010000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-2802010000500003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 24 Mar. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Mortalidade hospitalar do SUS por local de internação – Brasil**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 15 Mar. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- GAZONI, Fernanda et al., Hipertensão sistólica no idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.16, n.1, p.34-37, mar. 2009. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/10-hipertensao.pdf>. Acesso em: 21 Mar. 2017.
- FERREIRA, Sandra R. S. et al. **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde**. Gerência de saúde Comunitária. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: [s.n.], 2009. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/protocolodehipertensao.pdf>. Acesso em: 11 Jan. 2017.
- MALACHIAS, Marcus V.B. et al., 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, vol. 107, n. 3, supl. 3, pag.1-83, Set. 2016. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf). Acesso em: 22 Jul. 2016.
- MALTA, Deborah C. et al., Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, vol. 23, n. 4, pag. 599-608, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00599.pdf>. Acesso em: 23 Mar 2017.
- PICON, Rafael V. et al., Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. **American Journal of Hypertension**, Porto Alegre, vol. 26, n. 4, pag. 541-548, jan. 2013. Disponível em:

<https://academic.oup.com/ajh/article-lookup/doi/10.1093/ajh/hps076>. Acesso em: 08 Dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

Disponível em:

[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/plano\\_reorganizacao\\_atencao.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/plano_reorganizacao_atencao.pdf).

Acesso em: 03 Mar. 2017.

SCALA L.C., MAGALHAES L.B., MACHADO A., **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica**. In: Moreira SM, Paola AV; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2. ed. São Paulo: Manole, 2015.

SILVEIRA, Janaína da et al . Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 129-134, jun. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2013000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000200005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 Mar. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010. Disponível em:

[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf).

Acesso em: 15 Fev. 2017.