

**ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO A IDOSOS HIPERTENSOS EM  
UMA UBS NO MUNICÍPIO DE ARAME-MA**  
*SERVICE AND MONITORING OF HYPERTENSIVE ELDERLY AT A UBS IN  
THE MUNICIPALITY OF ARAME-MA*

Elcione Pereira dos Santos<sup>1</sup>

Zulmira de Sousa Martins<sup>2</sup>

*1 – Médica - Pós graduando em Especialização em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal do Piauí.*

*2 – Orientadora – Médica com Residência Médica em Infectologia, Universidade Federal do Piauí.*

## RESUMO

**Introdução:** A Hipertensão é uma doença crônica não transmissível. É caracterizada pelo aumento contínuo de pressão arterial. No Brasil, estima-se que a prevalência seja de 15 a 20% da população adulta, aumentando para mais de 65% em indivíduos maiores de 65 anos. **Objetivo:** é objetivo deste Projeto de Intervenção é desenvolver ações que visem níveis pressóricos adequados dos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde “Valdenor Pereira dos Santos” Arame/Maranhão. **Metodologia:** utiliza-se neste Projeto de Intervenção o método da Estimativa Rápida juntamente com Planejamento Estratégico Situacional, com base nos os problemas observados e definição do problema prioritário “Hipertensão Arterial”, dos “nós críticos” e das ações baseado em Campos, Faria e Santos (2017). Foi realizada uma reunião com a equipe da UBS onde se levantou os principais problemas, e a partir dos mesmos desenvolveu-se o plano operativo com estratégias de resolução dos “nós críticos”, elegendo-se a Hipertensão em Idosos como tema a ser trabalhado. **Conclusão:** deseja-se com esta proposta que haja um maior controle da pressão arterial dos idosos atendidos na área adscrita da UBS.

Descritores: Hipertensão. Idosos. Prevenção.

## **IMPROVE CARE AND FOLLOW-UP TO HYPERTENSIVE ELDERLY PATIENTS IN A UBS IN THE MUNICIPALITY OF ARAME-MA**

**Introduction:** Hypertension is a chronic non-communicable disease. It is characterized by the continuous increase in blood pressure. In Brazil, it is estimated that the prevalence is 15 to 20% of the adult population, increasing to more than 65% in individuals over 65 years of age. **Objective:** the objective of this Intervention Project is to develop actions aimed at adequate blood pressure levels of the elderly assisted at the Basic Health Unit “Valdenor Pereira dos Santos” Arame / Maranhão. **Methodology:** the Rapid Estimation method is used in this Intervention Project together with Situational Strategic Planning, based on the problems observed and definition of the priority problem “Hypertension”, “critical nodes” and actions based on Campos, Faria and Santos (2017). A meeting was held with the UBS team where the main problems were raised, and from them the operational plan was developed with

strategies for solving the “critical knots”, choosing Hypertension in the Elderly as the topic to be worked on. **Conclusion:** with this proposal, it is hoped that there will be a greater control of the blood pressure of the elderly assisted in the UBS area.

Descriptors: Hypertension. Seniors. Prevention.

## **INTRODUÇÃO**

O Município de Arame está localizado na Amazônia Legal, pertencente ao Maranhão. Apresenta uma população de aproximadamente 33 mil pessoas, e boa parte dos moradores residem em área rural. O município apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,535, considerado baixo, que juntamente com outros indicadores sociais classificam o município como de extrema pobreza.

O sistema de saúde do município está formado pela rede de atenção primária de saúde, com 10 Unidades Básicas de saúde (UBS), 01 Hospital Geral, e com apoio da equipe multiprofissional NASF.

A UBS em questão é chamada Valdenor Pereira dos Santos a equipe de saúde é composta por 01 Médico, 01 Enfermeiro, 01 Técnico de enfermagem, 12 ACS, (não existe área descoberta), uma recepcionista, um porteiro, uma Nutricionista e Fisioterapeuta. Temos ainda uma farmácia de pequeno porte, 01 consultório Médico, sala da Enfermeira, sala de triagem, recepção pequena, banheiro e cozinha, em bom estado, mas tudo bem pequeno, além de uma sala de vacina.

Há no território 324 pacientes hipertensos cadastrados. Destes, pelo menos 75% são idosos, o que justifica a necessidade de intervenção. O Projeto de Intervenção trata de uma proposta que objetiva o controle da Pressão Arterial dos Idosos atendidos no território da Unidade Básica de Saúde Valdenor Pereira dos Santos - Arame/Maranhão. Como metodologia, utiliza-se o planejamento estratégico situacional e método da estimativa rápida <sup>1</sup>.

Foi realizado um levantamento dos problemas do território, onde decidiu-se por abordar a hipertensão arterial em idosos; a justificativa se dá frente a grande quantidade de indivíduos nesta faixa etária e hipertensos; que por diferentes fatores não possuem os níveis pressóricos conforme preconiza o Ministério de Saúde. A intervenção justifica-se pelos benefícios trazidos para a comunidade, principalmente os idosos que muitas vezes apresentam certas dificuldades em controlar a PA.

A literatura apresenta a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como uma doença crônica não transmissível. É caracterizada pelo aumento contínuo de pressão arterial. No Brasil, estima-se que a prevalência seja de 15 a 20% da população adulta, aumentando para além de 65% em indivíduos maiores de 65 anos,

conforme a sétima Diretriz Brasileira de Hipertensão<sup>2</sup>. Os idosos apresentam uma maior dificuldade de controle, havendo necessidade de ações mais específicas frente à dificuldade de prática de atividade física, além de geralmente apresentarem demais comorbidades.

A HAS é um agravo que apresenta elevados índices: tanto de morbidade como de mortalidade. É uma das doenças cardiovasculares responsáveis por aproximadamente 27% dos óbitos no Brasil. É bastante comum estar associada a distúrbios coronários cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, doença vascular de extremidades, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) entre outras complicações<sup>3,4</sup>.

É um problema que traz muitas consequências à saúde, bem como repercussões econômicas e financeiras, visto que em muitos casos afastam o indivíduo do trabalho, tanto de forma temporária como definitiva; sendo responsável por até 40% de absenteísmo, e também aposentadorias antecipadas<sup>3</sup>.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) os limites para a definição de risco da HAS estão em valores acima de 129 mmHg (sistólica) ou a pressão diastólica de até 89 mmHg. Padrões fora desses valores tornam-se um aumento do risco de aterosclerose sendo considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública, especialmente em países subdesenvolvidos, afetando cerca de um bilhão de pessoas em todo o mundo<sup>3,4</sup>.

Segundo a Organização Mundial de Saúde<sup>7</sup> mais de 75% das mortes relacionadas a doenças cardiovasculares se dão em países de baixa e média renda, como é o caso do Brasil. Nesse contexto, cerca de 17 milhões das mortes prematuras estão ligadas a HAS, considerando como parâmetros indivíduos com idade inferior a 70 anos. Tais mortes quase sempre se dão em virtude de doenças crônicas não transmissíveis, como é o caso da HAS e diabetes, entre outras, 82% ocorrem em países de baixa e média renda, como é o caso do Brasil, e 37% são causadas por doenças cardiovasculares<sup>5,6,7,8</sup>.

Com base no tema Hipertensão arterial utiliza-se os seguintes descritores: “fatores de risco, hipertensão arterial, idoso, pressão alta, tabagismo, etilismo, sedentarismo, alimentação inadequada, uso excessivo de sódio, entre outros sevem como parâmetro chave da busca de artigos e demais documentos que direcionem a pesquisa”.

O objetivo da proposta é promover ações que visem à normalização dos níveis pressóricos dos idosos atendidos da Unidade Básica de Saúde Valdenor Pereira dos Santos Arame-Maranhão.

## MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia aqui apresentada baseia-se no método da estimativa rápida e planejamento estratégico situacional. O estudo foi desenvolvido após a verificação de um expressivo número de casos de hipertensos idosos no território chegando a 60% do total de idosos. Foi constatado o problema (situação problema) e diante da evidência do mesmo buscou-se soluções através de materiais dispostos na literatura através de pesquisas realizadas em diversas fontes como (SciELO, Pubmed, Lilacs, bases de dados médicas, livros, manuais do ministério da saúde, entre outros). Quanto aos principais fatores envolvidos à temática estão o sedentarismo, má alimentação, ingestão exacerbada de sódio, má adesão ao tratamento, dieta rica em gorduras e carboidratos, tabagismo, etilismo, drogadição.

Posteriormente as estas ações propõe-se um Projeto de Intervenção, definido-se o plano operativo citado no quadro a baixo:

**Quadro 08. Plano Operativo**

| SITUAÇÃO PROBLEMA            | OBJETIVOS  | METAS/ PRAZOS  | AÇÕES/ESTRATÉGIAS   | RESPONSÁVEIS                                     |
|------------------------------|--|--|---|--|
| <b>HIPERTENSÃO EM IDOSOS</b> | - Identificar os idosos hipertensos atendidos na UBS.                    | Cadastrar 100% dos idosos hipertensos atendidos na UBS. (3 meses)  | Utilizando a Caderneta do Idoso para ser preenchida com todas as informações solicitadas. | Médica, Enfermeira, Técnica de Enfermagem e ACS. |
|                              | - Capacitar a equipe sobre o acolhimento a pacientes idosos hipertensos. | Orientar 100% da equipe de saúde sobre anotações de PA, peso, altura, IMC, Glicemia e Frequência Cardíaca. | Trabalhando o preenchimento da Caderneta do Idoso.  | Médica e Equipe de Saúde da UBS                  |
|                              | - Monitorar: PA, peso, altura, IMC, Glicemia e FC nas                    | Anotar 100% das informações na Caderneta do Idoso, mensalmente.  | Trabalhando estas informações identificando os casos de maior risco para DCV.             | Médica e Equipe de Saúde da UBS                  |

|  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
|  | consultas agendadas.   | Contínuo.   |   |  |
|  | - Promover ações no âmbito individual e coletivo para adequação do estilo de vida. | Realizar 100% das palestras programadas sobre HAS, DM, Alimentação saudável, cuidados higiênicos e fisioterapia para o idoso.<br>Contínuo | Executando as palestras planejadas, antes do atendimento das consultas mensais. | Médica, Equipe de Saúde da UBS e Equipe Multiprofissional. |

Fonte: própria autora, 2020.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A literatura apresenta a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como uma doença crônica não transmissível. É caracterizada pelo aumento contínuo da pressão arterial. No Brasil, estima-se que a prevalência seja de 15 a 20% da população adulta, aumentando para além de 65% em indivíduos maiores de 65 anos, conforme a sétima Diretriz Brasileira de Hipertensão<sup>2</sup>. Os idosos apresentam uma maior dificuldade de controle, havendo necessidade de ações mais específicas frente a dificuldade de atividade física, ou demais comorbidades<sup>2</sup>.

Trata-se de um agravo que apresenta elevados índices de morbi mortalidade. É uma das doenças cardiovasculares responsáveis por aproximadamente 27% dos óbitos no Brasil. É bastante comum estar associada a distúrbios coronários cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, doença vascular de extremidades, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) entre outras complicações<sup>3,4</sup>.

É um problema que traz muitas consequências a saúde, bem como repercussões econômicas e financeiras, visto que em muitos casos afasta o indivíduo do trabalho, tanto de forma temporária ou definitiva, sendo responsável por até 40% de absenteísmo, e aposentadorias antecipadas<sup>3</sup>.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia<sup>3</sup> os limites para a definição de risco da HAS estão em valores acima de 129 mmHg sistólica e pressão diastólica de até 89 mmHg. Padrões fora desses valores tornam-se um aumento do risco de

aterosclerose sendo considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública, especialmente em países subdesenvolvidos, afetando cerca de um bilhão de pessoas em todo o mundo <sup>3,4</sup>.

Segundo a Organização Mundial de Saúde<sup>7</sup> mais de 75% das mortes relacionadas a doenças cardiovasculares se dão em países de baixa e média renda, como é o caso do nosso. Nesse contexto cerca de 17,9 milhões das mortes relacionadas as doenças cardiovasculares estão ligadas a HAS, considerando como parâmetros indivíduos com idade inferior a 70 anos<sup>7,6</sup>.

No mundo a Hipertensão Arterial atinge mais de um bilhão de pessoas segundo dados da organização mundial de saúde <sup>6</sup>. No Brasil a doença atinge 36 milhões de pessoas segundo a 7ª Diretriz de Hipertensão Arterial <sup>2</sup>.

SOARES et al <sup>9</sup>. apresenta um estudo que afirma que 13,6% da população do Estado do Maranhão é hipertensa. Dados do Município de Arame não foram disponibilizados pela Secretaria de Saúde..

Dados da Unidade de Saúde Valdenor Pereira dos Santos apresentam 25% dos indivíduos da comunidade idosos. Destes 60% apresentam o problema da hipertensão arterial.

Nos idosos o diagnostico da Hipertensão Arterial não difere dos demais, contudo apresenta algumas peculiaridades. Nestes termos explicita Malachias et al <sup>2</sup>.

**Aspectos especiais na medição da PA na população idosa decorrem de alterações próprias do envelhecimento, como a maior frequência do hiato auscultatório, que consiste no desaparecimento dos sons durante a deflação do manguito, resultando em valores falsamente baixos para a PAS ou falsamente altos para a PAD. A grande variação da PA nos idosos ao longo das 24 horas torna o MAPA uma ferramenta muitas vezes útil. A pseudo-hipertensão, que está associada ao processo aterosclerótico, pode ser detectada pela manobra de Osler, ou seja, a artéria radial permanece ainda palpável após a insuflação do manguito pelo menos 30 mmHg acima do desaparecimento do pulso radial.<sup>12</sup> Maior ocorrência de EAB, hipotensão ortostática e pós-prandial e, finalmente, a presença de arritmias, como fibrilação atrial, podem dificultar a medição da PA (MALACHIAS et al, 2016, p. 9).**

O risco cardiovascular da hipertensão arterial em idosos deve ser sempre realizado. Isso porque a avaliação do risco CV global pode auxiliar na decisão terapêutica e permite uma análise prognóstica. A identificação dos indivíduos hipertensos que estão mais predispostos às complicações CV, com destaque ao infarto do miocárdio e AVE, é de fundamental importância para as condutas e uma orientação terapêutica mais agressiva <sup>10</sup>.

Existe na literatura muitos algoritmos e escores de risco baseados em estudos populacionais que foram criados nas últimas décadas, de modo que

Modelos multifatoriais de estratificação de risco podem ser utilizados para uma classificação de risco individual mais precisa.

Além disso, o fato de informar ao paciente os seus FR pode melhorar a eficiência das medidas farmacológicas e não farmacológicas para redução do risco global, pode-se estimar indicadores e utilizar termos relacionados ao envelhecimento, como “idade vascular” ou “idade cardiometabólica”, também podem auxiliar na estratégia para modificação dos fatores de risco<sup>11,12</sup>.

A estratificação de risco é classificada em risco baixo, moderado e alto. Lembrando que a identificação de DCV prévia, doença renal ou DM aumenta consideravelmente o risco de eventos CV futuros, independente dos valores da PA<sup>13</sup>.

Apresenta-se a Quadro a seguir:

Quadro 01. Estratificação de risco no paciente hipertenso de acordo com fatores de risco adicionais, presença de lesão em órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal:

|                                 | PAS 130-139 ou PAD 85-89 | HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99 | HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109 | HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110 |
|---------------------------------|--------------------------|--|--|--------------------------------------|
| Sem fator de risco              | Sem Risco Adicional      | Risco Baixo                            | Risco Moderado                           | Risco Alto                           |
| 1-2 fatores de risco            | Risco Baixo              | Risco Moderado                         | Risco Alto                               | Risco Alto                           |
| ≥ 3 fatores de risco            | Risco Moderado           | Risco Alto                             | Risco Alto                               | Risco Alto                           |
| Presença de LOA, DCV, DRC ou DM | Risco Alto               | Risco Alto                             | Risco Alto                               | Risco Alto                           |

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes melito; LOA: lesão em órgão-alvo.

Apresenta-se ainda os Quadros 02 e 03.

Quadro 02. Fatores de risco cardiovascular na avaliação do risco adicional no hipertenso

- Sexo masculino
- Idade
  - Homens ≥ 55 anos ou mulheres ≥ 65 anos
- História de DCV prematura em parentes de 1º grau
  - Homens < 55 anos ou mulheres < 65 anos
- Tabagismo
- Dislipidemia

- Colesterol total > 190 mg/dl e/ou
- LDL-colesterol > 115 mg/dl e/ou
- HDL-colesterol < 40 mg/dl nos homens ou < 46 mg/dl nas mulheres e/ou
- Triglicérides > 150 mg/dl
- Resistência à insulina
- Glicemia plasmática em jejum: 100-125 mg/dl
- Teste oral de tolerância à glicose: 140-199 mg/dl em 2 horas
- Hemoglobina glicada: 5,7 – 6,4%
- Obesidade
- IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>
- CA  $\geq$  102 cm nos homens ou  $\geq$ 88 cm nas mulheres

Legendas: DCV: doença cardiovascular; LDL: lipoproteína de baixa densidade; HDL: lipoproteína de alta densidade; IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal.

Apresenta-se o Quadro a seguir com avaliação de Lesão de órgão-alvo na avaliação do risco adicional no hipertenso

#### Quadro 03. Lesão de órgão-alvo na avaliação do risco adicional no hipertenso

- Hipertrofia ventricular esquerda
- IECG: índice Sokolow-Lyon (SV1 + RV5 ou RV6)  $\geq$  35 mm
- IECG: RaVL > 11 mm
- IECG: Cornell voltagem > 2440 mm\*ms
- IECO: IMVE > 115 g/m<sup>2</sup> nos homens ou > 95 g/m<sup>2</sup> nas mulheres
- EMI da carótida > 0,9 mm ou placa carotídea
- VOP carótido-femoral > 10 m/s
- ITB < 0,9
- Doença renal crônica estágio 3 (RFG-e 30-60 mL/min/1,73m<sup>2</sup>)
- Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albuminacreatinina urinária 30 a 300 mg/g

Legenda: ECG: eletrocardiograma; ECO: ecocardiograma; EMI: espessura mediointimal; IMVE: índice de massa ventricular esquerda; VOP: velocidade da onda de pulso; ITB: índice tornozelo-braquial; RFG-e: ritmo de filtração glomerular estimado.

Além disso, apresenta-se o Quadro com avaliação sobre a Doença CV e renal estabelecida para avaliação do risco

Quadro 04. Avaliação sobre a Doença CV e renal estabelecida para avaliação do risco

Adicional no hipertenso



- Doença cerebrovascular
  - AVE isquêmico
  - Hemorragia cerebral
  - Ataque isquêmico transitório
- Doença da artéria coronária
  - Angina estável ou instável
  - Infarto do miocárdio
  - Revascularização do miocárdio: percutânea (angioplastia) ou cirúrgica
  - Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada
  - Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores
  - Doença renal crônica estágio 4 (RFG-e < 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup>) ou albuminúria > 300 mg/24 h
  - Retinopatia avançada: hemorragias, exsudatos, papiledema

Legenda: AVE: acidente vascular encefálico; RFG-e: ritmo de filtração glomerular estimado. Fonte: MALACHIAS et al, 2016.

O tratamento de hipertensão arterial está dividido em medidas farmacológicas e não farmacológicas denominadas (mudanças de hábitos de vida).

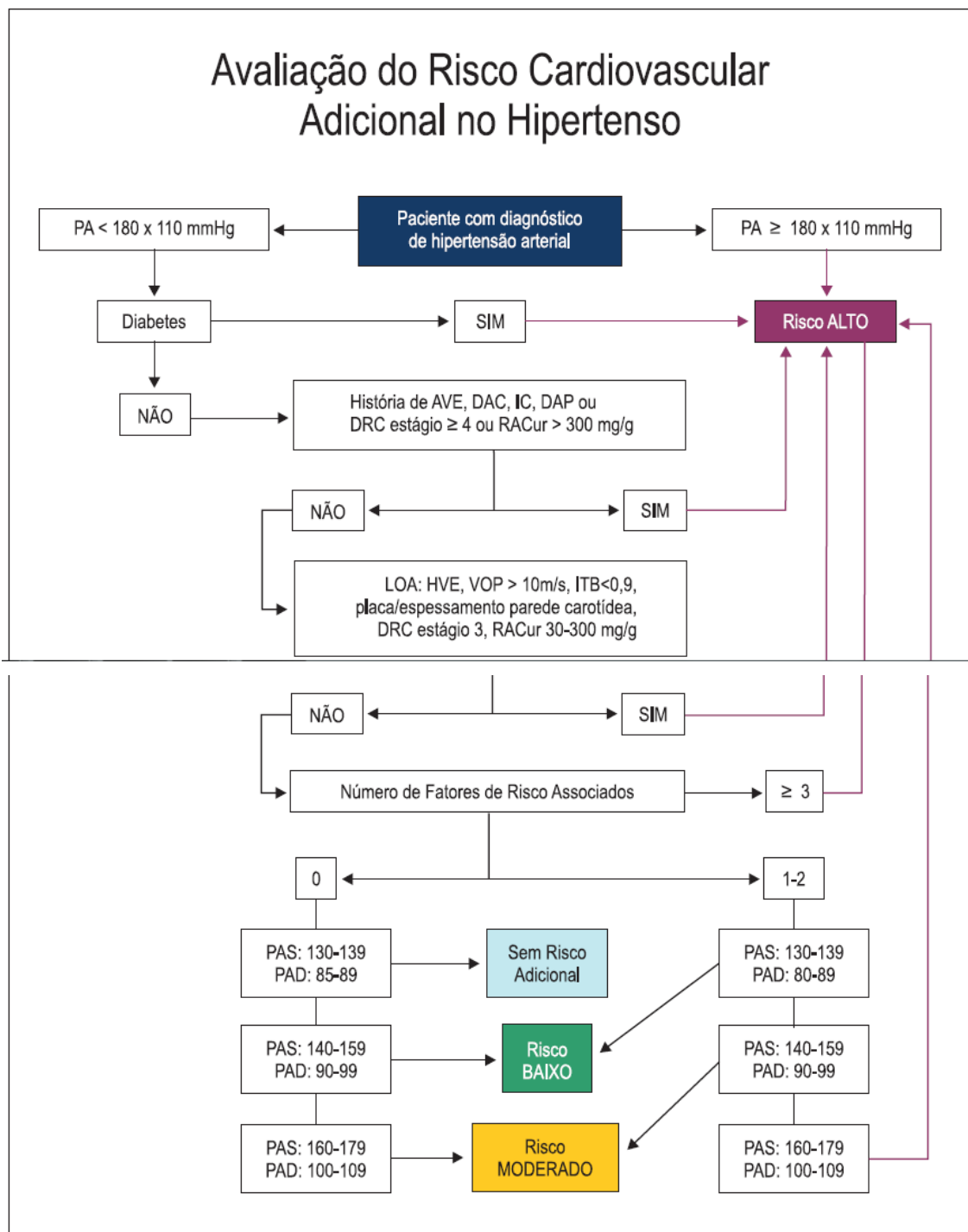
A primeira etapa da classificação de risco é a Identificação de doença aterosclerótica ou de seus equivalentes. Verifica-se a presença de doença aterosclerótica, clinicamente evidente ou na forma subclínica, ou de seus equivalentes como DM e DRC conforme os parâmetros a seguir:

1. Doença aterosclerótica (clinicamente evidente): arterial coronária, cerebrovascular ou obstrutiva periférica
2. Aterosclerose subclínica significativa documentada por método diagnóstico
3. Procedimentos de revascularização arterial
4. Diabetes melito tipos 1 e 2
5. Doença renal crônica
6. Hipercolesterolemia familiar

Caso positiva, o indivíduo é imediatamente classificado como de alto risco, pois a chance de apresentar um primeiro ou um novo evento CV em 10 anos é superior a 20% <sup>2</sup>.

Apresenta-se duas figuras a seguir com importantes fluxogramas a serem seguidos.

Fluxograma 01. Fluxograma de classificação de risco CV adicional no paciente hipertenso.



Legenda: PA: pressão arterial; AVE: acidente vascular encefálico; DAC: doença arterial coronariana; IC: insuficiência cardíaca; DAP: doença arterial periférica; DRC: doença renal crônica; RACur: relação albumina/creatinina urinária; LOA: lesão de órgão-alvo; HVE: hipertrofia ventricular esquerda; VOP: velocidade da onda de pulso; ITB: índice tornozelo-braquial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica. Fatores de risco: sexo masculino, idade > 55 anos (homem) ou > 65 anos (mulher), história familiar, tabagismo, dislipidemia, obesidade e resistência à insulina.

Fonte: Malachias et al,<sup>2</sup>

Há ainda a possibilidade de reclassificação do risco segundo presença de fatores agravantes. Neste caso os pacientes de risco intermediário que apresentam quaisquer fatores agravantes citados no Quadro 05 a seguir são reclassificados para "alto risco"<sup>2</sup>.

Quadro 05. Fatores agravantes do risco CV

| Fator Agravante  | Evidências     |
|--|----------------|
| 1. História familiar de DAC prematura em parente de primeiro grau, homem < 55 anos ou mulher < 65 anos | GR: IIa; NE: A |
| 2. Diagnóstico de SM conforme critérios IDF  | GR: IIb; NE: A |
| 3. Microalbuminúria (30-300 mg/g creatinina) ou albuminúria > 300 mg/g creatinina                      | GR: IIa; NE: B |
| 4. HVE   | GR: IIa; NE: B |
| 5. Proteína C-reativa ultrasensível > 2mg/l  | GR: IIa; NE: B |
| 6. EMI de carótidas > 1,0 mm   | GR: IIb NE: B  |
| 7. Escore de cálcio coronário > 100 ou > percentil 75 para idade e sexo                                | GR: IIa; NE: A |
| 8. ITB < 0,9   | GR: IIa; NE: A |

Legenda: DAC: doença arterial coronariana; SM: síndrome metabólica; IDF: International Diabetes Federation; HVE: hipertrofia ventricular esquerda; EMI: espessura mediointimal; ITB: índice tornozelo-braquial.

Os critérios utilizados no diagnóstico de SM estão descritos na Quadro 02 a seguir:

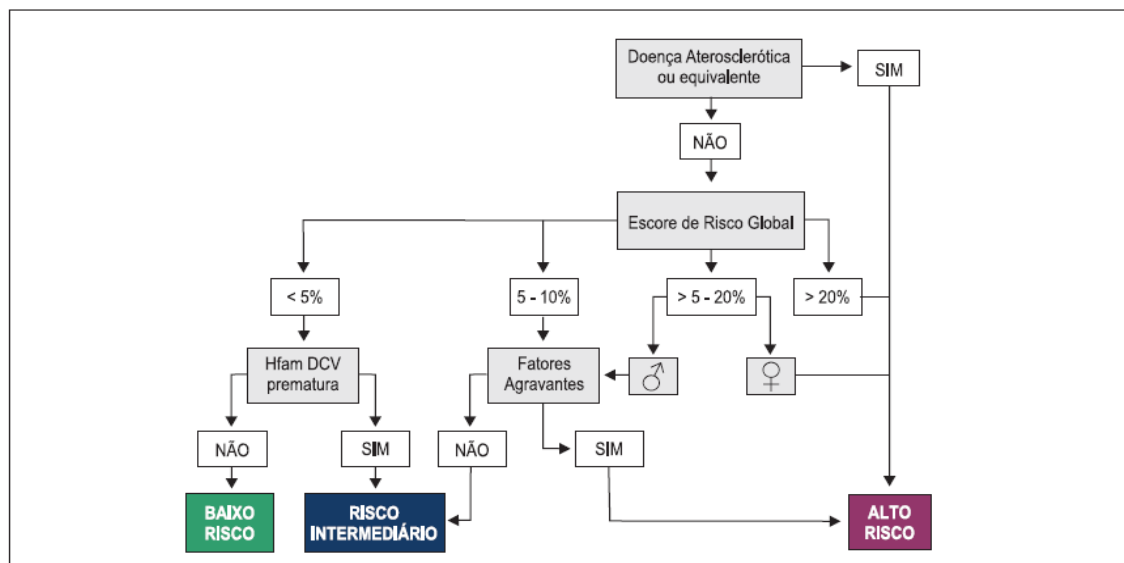
Quadro 06. Critérios diagnósticos de síndrome metabólica (definida com 3 ou mais critérios

| Critérios  | Definição                |
|--|--------------------------|
| 1. Obesidade abdominal<br>Homens<br>Mulheres                       | ≥ 94 cm<br>≥ 80 cm       |
| 2. HDL-colesterol<br>Homens<br>Mulheres                            | < 40 mg/dl<br>< 50 mg/dl |
| 3. Triglicérides (ou tratamento para hipertrigliceridemia)         | ≥ 150 mg/dl              |
| 4. PA (ou tratamento para hipertensão arterial)<br>PAS e/ou<br>PAD | ≥ 130 mmHg<br>≥ 85 mmHg  |
| 5. Glicemia (ou tratamento para DM)                                | ≥ 100 mg/dl              |

Legenda: PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; DM: diabetes melito.  
Fonte: Malachias et al, <sup>2</sup>

Apresenta-se por fim um fluxograma de estimativa do risco cardiovascular global. HFam: história familiar; DCV: doença cardiovascular.

Fluxograma 2. Estimativa do risco cardiovascular global



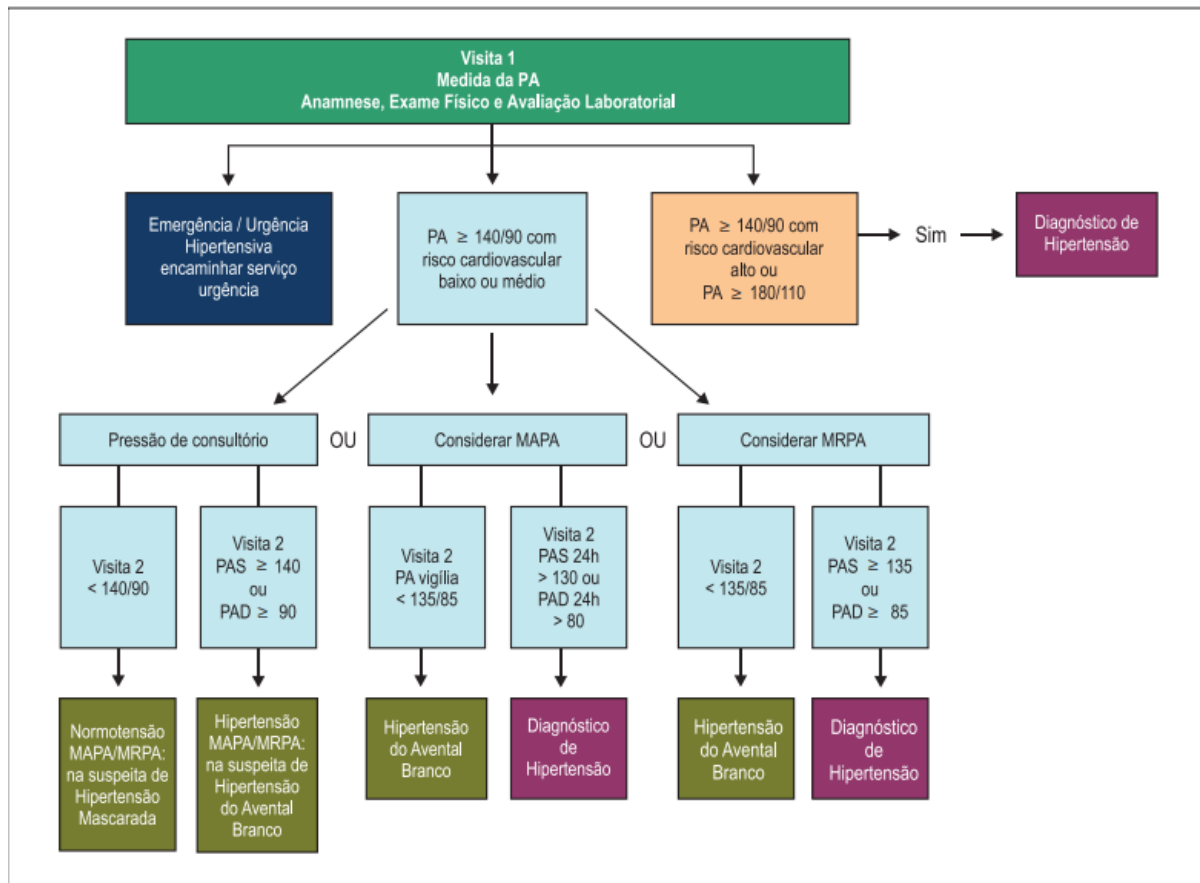
Fonte: Malachias et al, (2016).

Já para o tratamento da Hipertensão Arterial pode-se utilizar os conceitos de Malachias et al.<sup>2</sup>

O tratamento da HA nesse grupo de pacientes traz benefícios inequívocos na redução de eventos CV maiores (IAM, AVE e IC). Além disso, existem evidências sobre a possibilidade de prevenção de síndrome demencial, sendo esse um benefício adicional que deve ser considerado na decisão terapêutica (MALACHIAS et al, 2016, p. 64).

Apresenta-se a seguir os principais procedimentos a serem executados com relação a PA:

Figura 02. Fluxograma para diagnóstico de hipertensão arterial (modificado do Canadian Hypertension Education Program).



Fonte: Malachias et al, <sup>2</sup>

Apresenta-se ainda o quadro de drogas anti-hipertensivas e suas classificações:

Quadro 07. Principais Antihipertensivos disponíveis

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| Agentes de ação central                     | Metildopa, clonidina, guanabenzol   |
| Os inibidores dos receptores imidazolínicos | Moxonidina e rilmenidina            |
| Betabloqueadores                            | Carvedilol, nebivolol, propranolol  |
| Alfabloqueadores                            | Doxazosina, prazosina e terazosina  |
| Vasodilatadores diretos                     | Hidralazina e minoxidil.            |
| bloqueadores dos canais de cálcio           | Amlodipino, nifedipino, felodipino, |

|  |   |
|--|---|
|  | nitrendipino, manidipino, lercanidipino, levanlodipino, lacidipino, isradipino, nisoldipino, nimodipino |
| Inibidores da enzima conversora da angiotensina        | Alisquireno.  |
| Obs. Pode-se ainda promover a associação do diuréticos |   |

Fonte: Malachias et al, <sup>2</sup>

Há também a possibilidade de associação de anti hipertensivos a diuréticos, dentre os principais destaque para clortalidona, hidroclorotiazida e indapamida. É muito bem vinda tal associação quando o uso do anti-hipertensivo somente não consegue o controle da pressão arterial.

Outros atores estão envolvidos na temática: sedentarismo, má alimentação, ingestão exacerbada de sódio, má adesão ao tratamento, dieta rica em gorduras e carboidratos, tabagismo, etilismo, drogadição.

No que tange ao manejo da HAS segundo as estratégias; as medidas de educação em saúde junto a população de idosos será realizada, através de reuniões, rodas de conversa, orientações e incentivo a hábitos de vida saudáveis.

Quanto as estratégias de adesão ao tratamento serão evidenciados principalmente os benefícios que a adoção de hábitos saudáveis poderá trazer a estes pacientes, como também a possibilidade de reduzir intercorrências relacionadas a HAS como, o Infarto Agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular Cerebral.

É nesta perspectiva que se deseja promover ações que visem o controle dos níveis pressóricos dos idosos atendidos da Unidade Básica de Saúde “Valdenor Pereira dos Santos” Arame-Maranhão.

Os resultados foram apresentados a partir dos objetivos propostos. Primeiramente importa salientar que o objetivo geral da proposta de “Melhoria no atendimento e acompanhamento a pacientes idosos hipertensos atendidos na Unidade Básica de Saúde ”Valdenor Pereira dos Santos” segue algumas ações, principalmente as coletivas que não puderam ser executadas na íntegra, considerando as medidas relacionadas à prevenção do COVID 19. Em verdade as ações coletivas necessitaram de uma definição relacionada ao COVID para realizar ações que envolvam qualquer tipo de aglomeração.

As ações foram executadas em etapas e a primeira contemplou o objetivo específico “Capacitar equipe de saúde da UBSF sobre acolhimento a pacientes

idosos com HAS”. Neste sentido foram realizadas duas reuniões na própria unidade de saúde com objetivo de orientar a equipe de saúde sobre os detalhes relacionados a proposta, todas com os cuidados e prevenções ao COVID-19..

As reuniões foram direcionadas pela Médica da unidade e todos os membros da equipe de saúde. Nestas reuniões que totalizaram 4 horas de capacitação, foram colocados os detalhes da proposta como também qual a responsabilidade de cada membro da equipe (as reuniões obedeceram as necessidades de uso de Equipamento de Proteção individual (EPI) e distanciamento social).

Os temas trabalhados foram o conceito, a epidemiologia, o diagnóstico, o tratamento da HAS com enfoque em idosos, além de medidas relacionadas a adesão ao tratamento medicamentoso, sono de qualidade, prática de atividade física e etc.

A etapa foi considerada satisfatória, mesmo em meio a pandemia vivenciada. A equipe contribuiu muito para a realização da proposta, inclusive cabe até uma moção de aplausos quanto aos membros frente aos benefícios trazidos a comunidade e a saúde em geral da população, seja de membros do projeto ou não. A equipe realmente encontra-se bem capacitada para ações voltadas ao controle da PA em Idosos.

A segunda etapa contemplou o objetivo específico “Promover de ações no âmbito individual e coletivo para adequação do estilo de vida”. Contudo, para a realização de ações no coletivo devido à pandemia do COVID-19, foi único problema que existiu de fato, pois como é sabido que os idosos fazem parte do grupo de risco para este vírus ,e com isso as ações coletivas não foram executadas na íntegra, pois, não seria interessante realizar ações que pudessem ser vias de transmissão do vírus, principalmente a esse grupo de indivíduos que quase sempre apresentam alguma comorbidade.

As ações foram realizadas com os idosos em 3 momentos. Um momento inicial com o diagnóstico da PA do paciente classificando-o segundo os fatores de risco e os padrões apresentados de níveis pressóricos. Além disso, foram realizadas avaliações sobre as medicações utilizadas, doses, iatrogenia medicamentosa com outras drogas, peso, qualidade do sono, disposição, desempenho sexual entre outras questões, e por fim o acompanhamento.

O acompanhamento foi realizado durante todo o mês de janeiro e fevereiro de 2021 com o monitoramento da pressão arterial na unidade e na casa dos usuários hipertensos idosos (Fevereiro e Março de 2021), realizada pela equipe de saúde nas

visitas domiciliares, contemplando também, o objetivo específico de “Promoção do cuidado compartilhado com a família.”.

Tanto médica como enfermeira, auxiliares de enfermagem, ACS entre outros passavam informações relativas à necessidade de prática de atividade física regular, adaptada a condição dos idosos, além de uso moderado de sal, ou até mesmo abstenção. Diminuição da alimentação de gorduras, frituras, e açúcares. Além do abandono de álcool e tabaco.

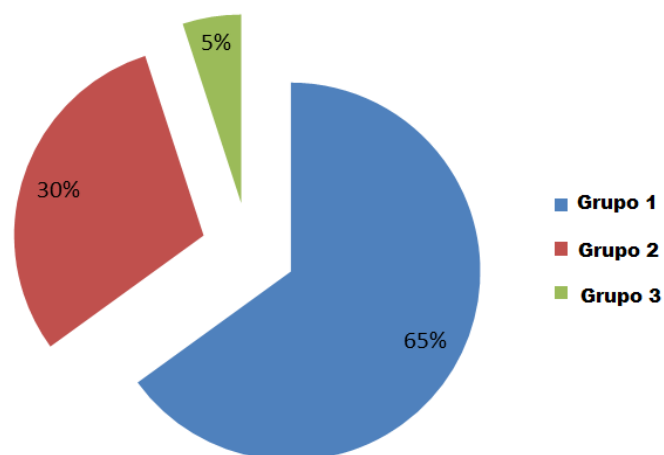
As orientações continuaram com mini palestras na sala de espera da unidade de saúde ressaltando a necessidade de autocuidado.

O objetivo específico de monitorar ações individuais e coletivas ainda está sendo executado, frente às ações de continuidade da proposta. O objetivo busca “Monitorar os valores pressóricos dos idosos participantes do PI, para identificação dos casos de maior risco”.

Como resposta a este objetivo apresenta-se o gráfico a seguir com os resultados da proposta.

Após a realização das ações com os idosos iniciou-se a apuração dos dados dos níveis pressóricos. Apresenta-se a seguir:

GRÁFICO 01. NORMALIZAÇÃO DA PA DOS IDOSOS



Fonte: própria autora, 2020.

No total foram vinte idosos que fizeram parte da pesquisa. Deste 13(primeiro grupo) conseguiram apresentar dados que correspondem a normalidade dos níveis pressóricos. Estes pacientes estavam fazendo uso de medicação, todos afirmaram diminuição no consumo de produtos industrializados, diminuição no consumo de sal



e atividade física mínima de 150 minutos semanais, sendo a atividade mais comum a caminhada. Houve relatos de maior disposição sexual, qualidade de sono, e disposição de modo geral.

O segundo grupo de seis idosos não conseguiu a normalização dos valores pressóricos, contudo dos seis cinco quase atingiram os valores ideais. Neste grupo a medicação continua sendo utilizada e tres afirmaram estar fazendo atividade física regular com o mínimo de 150 minutos. Houve ainda relatos de maior disposição sexual e qualidade de sono.

O terceiro grupo se refere ao idoso que se mudou e não houve como avaliar o seu desempenho.

De forma geral acredita-se que com: maior adesão e o tempo de atividade física, dieta com algumas restrições certamente o valor de indivíduos que atingirá o equilíbrio será maior podendo se falar em 90% de sucesso em um futuro próximo.

As ações foram importantes tanto para os usuários participantes como para a equipe de saúde. Todos receberam os benefícios da proposta.

## **CONCLUSÕES**

Os objetivos da proposta foram parcialmente alcançados visto que buscava-se normalização de 100% dos idosos trabalhados, contudo conseguiu-se sucesso pleno somente em 65%.

No que tange aos objetivos específicos de “Identificar os idosos hipertensos atendidos na UBS;” realizamos um levantamento do número de idosos hipertensos do território, com ações de saúde realizadas durante o período de Outubro a Dezembro de 2020, de modo que atingimos 100% do número de idosos planejados a serem identificados e que se dispuseram a participar da proposta. Quanto ao objetivo de “Capacitar a equipe de saúde da UBSF sobre acolhimento a pacientes idosos com HAS;” o mesmo foi plenamente atingido. O objetivo de “Monitorar os valores pressóricos dos idosos participantes do PI, para identificação dos casos de maior risco;” está sendo executado até o findar de março de 2020, contudo já foram realizados ações nos meses de janeiro e fevereiro de 2021 com relação ao mesmo. O objetivo de “Promoção de ações no âmbito individual e coletivo para adequação do estilo de vida;” foi parcialmente concluído visto que foram realizadas ações em fevereiro e início de março e necessitam de uma vacinação em massa quanto ao covid para finalizarmos (plenas condições de realização de ações). O objetivo

relacionado à “Promoção do cuidado compartilhado com a família.” foi realizado e contemplado, mas terá ações futuras em março e abril frente a necessidade de monitoramento contínuo.

É importante salientar que 35% dos participantes idosos quase atingiram a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde. Além disso, houve relatos verbais de melhoria do desempenho sexual, melhoria da disposição geral e melhoria da qualidade do sono. Os indivíduos abordados apresentaram grande animação na proposta e no cuidado prestado; realmente foram impactados pelo cuidado. As recomendações para trabalhos futuros ficam na perspectiva da importância da capacitação da equipe de saúde e do envolvimento da mesma na proposta. Quando a equipe de saúde se envolve, influencia os usuários trazendo uma força maior (estímulo) para a proposta, inclusive para atingir aos objetivos de controle da Pressão Arterial.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. *Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 29 nov. 2020.
2. MALACHIAS, M.V.B.; et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-104, set. 2016.
3. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010.
4. BRASIL. Cadernos de Atenção Básica Nº 37. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
5. ONU. OPAS/OMS BRASIL. *Doenças cardiovasculares*. 2017. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096)> Acesso em 13 set 2020.
6. OPAS. *Dia Mundial da Hipertensão*: 2016. Disponível em: <[https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com\\_content&view=article&id=330:dia-mundial-da-hipertensao-2016&Itemid=183&lang=pt#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20em%202013.](https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=330:dia-mundial-da-hipertensao-2016&Itemid=183&lang=pt#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20em%202013.)> Acesso em 06 dez. 2020.

7. OMS. Organização Mundial da Saúde. *Estatísticas da Saúde Mundial 2012*. Geneva: OMS, 2012.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
9. SOARES, N.J.S.; et al. *HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO MARANHÃO: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS / SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION IN MARANHÃO: PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS*. Revista de pesquisa em saúde, v. 13, n. 3, 2012.
10. HORTENCIO, M.N.S.; SILVA, J.K.S.; ZONTA, M.A.; MELO, C.P.A.; FRANÇA, C.N. EFEITOS DE EXERCÍCIOS FÍSICOS SOBRE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM IDOSOS HIPERTENSOS. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v.31, n.2, p 1-9, abr./jun., 2018.
11. GROENEWEGEN, K.A.; DEN RUIJTER, H.M.; PASTERKAMP, G.; POLAK, J.F.; BOTS, M.L.; PETERS, S.A. Vascular age to determine cardiovascular disease risk: a systematic review of its concepts, definitions, and clinical applications. *Eur J Prev Cardiol.*, v.23, n. 3, p. 264-74, 2016.
12. GROVER, S.A.; KAOUACHE, M.; REMPEL, P.; JOSEPH, L.; DAWES, M.; LAU, D.C.; et al. Years of life lost and healthy life-years lost from diabetes and cardiovascular disease in overweight and obese people: a modelling study. *Lancet Diabetes Endocrinol*, v.3, n.2, p. 114-22, 2015.
13. MANCIA, G.; FAGARD, R.; NARKIEWICZ, K.; REDON, J.; ZANCHETTI, A.; BOHM, M.; et al. Task Force Members. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens.*, v.31, n. 7, p. 1281-357, 2013.