

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM IDOSOS HIPERTENSOS EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

PROJECT FOR INTERVENTION IN HYPERTENSE ELDERLY IN A FAMILY HEALTH STRATEGY (ESF)

Raisa Caldas Rebelo^I

Denise Lima Malta Ramos^{II}

I Autora-correspondente

II Orientadora

RESUMO: A Hipertensão Arterial Sistêmica constitui um grave problema de saúde pública apresentando baixas taxas de controle, alta taxa de morbimortalidade e redução da expectativa e da qualidade de vida dos idosos, fazendo-se necessário adoção de estratégias de prevenção e promoção da saúde no âmbito da Atenção Básica. Na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Palmeira dos Soares, temos 35% de prevalência de hipertensão em idosos, constituindo um dos principais problemas de saúde. Esse estudo visa apresentar propostas de intervenção dos profissionais da saúde no enfrentamento às dificuldades na realização de um tratamento adequado da hipertensão nos idosos, com o objetivo de reduzir sua morbimortalidade. Nesse estudo, foram identificadas como principais causas do não seguimento adequado do tratamento: complexidade do regime terapêutico, baixa escolaridade, fator econômico, esquecimento na tomada da medicação, ausência de apoio familiar e dificuldade de acesso à ESF. Serão propostas atividades educativas, distribuição de folders, atendimentos com equipe multiprofissional, incentivo a prática de atividade física e mudança do estilo de vida, realização de acolhimento adequado e criação de vínculo, visita domiciliar e capacitações da equipe. Com a realização deste projeto espera-se que haja transformação do estilo de vida e redução dos principais fatores de risco que se somam a idade dos idosos, sendo necessário que estes estejam cientes e com conhecimento adequado sobre a hipertensão. Além disso, com o melhor acompanhamento familiar, será possível um controle satisfatório da doença evitando maiores complicações na vida dessa população.

Palavras-chave: Hipertensão. Saúde do Idoso. Envelhecimento.

ABSTRACT: Systemic Arterial Hypertension is a serious public health problem with low control rates, high morbidity and mortality, and reduced expectation and quality of life of the elderly. Therefore, prevention and health promotion strategies are necessary. of Primary Care. In the area covered by the Palmeira dos Soares Family Health Strategy, we have a 35% prevalence of hypertension in the elderly, constituting one of the main health problems. This study aims to present proposals for intervention of health professionals in addressing the difficulties in performing an adequate treatment of hypertension in the elderly, with the aim of reducing their morbidity and mortality. In this study, the main causes of inadequate treatment follow-up were identified: complexity of the treatment regimen, low education level, economic factor, forgetfulness in taking medication, lack of family support and difficulty in accessing the FHS. Educational activities will be proposed, distribution of folders, assistance with a multiprofessional team, encouragement of physical activity and lifestyle change, proper hosting and bonding, home visiting and team training. With the completion of this project it is expected that there will be lifestyle transformation and reduction of the main risk factors that add up to the age of the elderly, requiring them to be aware and with adequate knowledge about hypertension. In addition, with better family follow-up, satisfactory control of the disease will be possible, avoiding major complications in the life of this population.

Keywords: Hypertension. Elderly Health. Aging.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que vem ganhando importância, principalmente, nos países em desenvolvimento e transformando as sociedades ao longo dos tempos. Estima-se que em 2050 existam cerca de dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo. No Brasil, a tendência é semelhante e relevante, uma vez que o número hoje de pessoas idosas é de aproximadamente 20 milhões e há uma previsão de que, em 2025, esse número chegue a 32 milhões, passando o país a ocupar o 6º lugar no mundo quanto a esse grupo populacional (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2013).

Esta mudança no perfil demográfico brasileiro tem gerado preocupação quanto as consequências que esse fenômeno pode causar no diversos setores da sociedade, sendo alvo de discussões e repercussão direta sobre as políticas públicas da área da saúde, visto que entre os desafios iminentes encontram-se os relacionados ao aumento dos gastos em função do aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (DNCT) que necessitam de cuidados prolongados e são comuns entre os idosos (IBGE, 2010; MAGRINI; MARTINI, 2012; PICON et al., 2012; UNFPA, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2008, de cada três mortes ao ano no mundo, duas foram atribuídas às DCNT, dois terços destas ocorreram em idosos e 80% em países de baixa e média renda. Das DCNT, as Doenças Cardiovasculares (DCV) são as mais comuns na população, em especial nos idosos, desempenhando um papel relevante entre as morbidades, invalidez precoce e mortalidade em geral. Nos últimos anos, foram responsáveis por mais de 14 milhões de mortes ao ano no mundo, por 81,6 milhões de anos perdidos em anos de vida ajustados por incapacidade, e ainda por aproximadamente 31% dos óbitos por DCNT no Brasil (SILVA et al., 2018; SOUZA et al., 2007; ZATTAR et al., 2013).

Dentre as causas primárias das DCV, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais prevalente no mundo, atingindo 32,5% de indivíduos adultos, e mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente com 50% das mortes por DCV no Brasil. Ademais, estima-se que em 2025 a quantidade de hipertensos será de 1,56 bilhões, correspondendo a 29% da população mundial (ISHITANI et al., 2006; SBC, 2016).

A HAS é uma síndrome multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg, e que está frequentemente relacionada a alterações

metabólicas, hormonais e fenômenos tróficos, os quais consistem na hipertrofia cardíaca e vascular. Quando associada à outras doenças crônicas como o Diabetes Mellitus (DM) e suas complicações (cardíacas, renais e neurológicas) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar. (NUNES et al., 2015; SBC, 2016).

O desenvolvimento da HAS ocorre em função da presença de diversos fatores de risco, alguns constitucionais, que não podem ser modificados (idade, sexo, raça, história familiar), e outros ambientais, que são passíveis de mudança e estão relacionados a comportamentos e hábitos de vida (sedentarismo, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, estresse, alimentação inadequada, sobrepeso, dislipidemias, entre outros), importantes para sua detecção e estratificação dos grupos de risco (RABELO, 2010; SANTOS, 2011).

Essa condição clínica constitui um grave problema de saúde pública, principalmente por apresentar baixas taxas de controle e alta taxa de morbimortalidade, com importante redução da expectativa e da qualidade de vida dos idosos. Não obstante, por ser uma doença assintomática e de evolução lenta o diagnóstico precoce é de extrema relevância para reduzir significativamente as mortes e complicações. Dessa forma, a adoção de medidas de promoção da saúde, além de ações que permitam a manutenção da independência da pessoa idosa, estimulando o auto-cuidado devem ser prioridades dos profissionais de saúde no manejo da doença e na busca de um envelhecimento saudável (BRASIL, 2014b; MAGRINI; MARTINI, 2012).

1.1 Situação-problema

De acordo com a Lei Provincial Nº. 295 de 26 de Agosto de 1851, foi criada a Paróquia de Nossa Senhora da Conceição dos Matões. Em 11 de Agosto de 1854 segundo a Lei Nº. 367 o povoado dos Matões foi elevado à categoria de Vila, com a denominação de Pedro II, em homenagem ao Imperador do Brasil. Com a proclamação da República, a Vila voltou a ter o nome de Matões mas, pela Lei Nº. 641 de 13 de julho de 1911, já na categoria de cidade, foi restabelecida a denominação de Pedro II.

O município pertence à microrregião de Campo Maior e compreende uma área irregular de 1.948 km². Localiza-se a uma latitude 04°25'29" sul e a uma longitude 41°27'31" oeste, estando a uma altitude de 603 metros. Sua população estimada em 2018 era 38.704 habitantes. A cidade está localizada na Serra dos Matões e é privilegiada naturalmente com um clima ameno. Sua temperatura varia entre 28 °C e 30 °C ao dia e 20 °C a 16 °C à noite. Os limites são: os municípios de Domingos Mourão, Lagoa de São Francisco e São João da Fronteira ao norte; Milton Brandão, Buriti dos Montes e Jatobá do Piauí, ao sul; Capitão dos Campos a oeste; e o Estado do Ceará a leste.

É chamada de "Suíça piauiense", por conta do seu clima serrano, frio, se comparado ao resto do estado. A cidade possui um grande potencial turístico. Entre as belezas naturais, estão o Morro do Gritador, *cânion* com cerca de 280 metros a uma altitude de 730 metros acima do nível do mar; a Cachoeira do Salto Liso, com suas águas frias e cristalinas com véu de água de cerca de 30m; e o Olho d'Água Buritizinho, entre outros. Os sítios arqueológicos (da Lapa) retratam a vida do homem pré-histórico nestas terras. Um conjunto arquitetônico em estilo barroco revela uma Pedro II histórica. O artesanato local, com sua tecelagem de redes e tapetes encanta os visitantes.

A cidade tem como principal produto de sua economia a extração de pedras preciosas, com destaque para as minas de opalas, que são as mais belas e puras encontradas em todo o solo brasileiro. Também se destaca um rico artesanato à base de fio de algodão, que dá origem a belas tapeçarias e redes, mas a base da economia ainda é a agricultura.

Quanto à rede de atenção à saúde, o município possui atenção primária composta por 15 ESF's e 2 NASF's, 1 CAPS, e atenção secundária composta por 1 hospital público de referência e 1 hospital filantrópico. Além disso, oferta atendimento móvel de urgência por meio de uma equipe de suporte básico de vida.

A Estratégia de Saúde da Família onde será realizado este trabalho chama-se Palmeira dos Soares, localizada na zona rural de Pedro II, e tem como área de abrangência as comunidades Palmeira dos Soares, Teixeiras, Santiago, Olho D'Águinha, Chã-do-saco, Gado Bravo, Toca, Morro Redondo, Caldeirão dos Carlos, Coitada, Coitezeiro, Roça Velha, Saco dos Soares, Açude Joana, Placas, Mamoeiro, Roça dos Pereira, Pajeú, Alto Bonito, Enjeitado, Itapuã, Capuamo, Olho D'Água dos Paulino.

Em nossa área de cobertura existem 2 escolas públicas, igrejas católicas e evangélicas, associação de moradores, rádio local, padarias, áreas de extração de opala, clubes de shows, campos de futebol, salões de beleza e pontos de comércio local. A população é de 3.413 habitantes, com 1693 homens e 1720 mulheres, sendo 19,9% pacientes com 60 anos e mais.

As condições de moradias são precárias na grande maioria da população, não há saneamento básico, nem abastecimento de água adequado, ocorrendo o consumo de água não tratada na grande maioria das casas. A coleta do lixo acontece 1 vez por semana e as principais fontes de emprego são o comércio e agricultura.

Dentre os principais problemas de saúde observados nesta população a hipertensão arterial não controlada é o principal. Em nossa área de abrangência temos 35% de prevalência de HAS em idosos. Quanto ao seguimento, existe uma dificuldade em planejar assistência para os portadores dessa doença devido à complexidade do regime terapêutico, baixa escolaridade,

fator econômico, esquecimento na tomada da medicação, ausência de apoio familiar, logística do atendimento médico e dificuldade de acesso à UBS.

1.2 Justificativa

A HAS é a DCNT mais prevalente no mundo, atingindo mais da metade da população idosa e sendo responsável direta ou indiretamente por 50% das mortes por DCV no Brasil, sendo considerada como a principal condição crônica, em decorrência da sua alta prevalência, incidência e morbimortalidade mundial.

Diante do exposto, justifica-se este estudo, considerando a magnitude do problema, a prevalência da doença na população idosa, e o fato de que os índices de controle da HAS são pouco satisfatórios na população assistida pela ESF Palmeira dos Soares.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

- Reduzir a mortalidade e a morbidade provocadas pela HAS na população idosa sob o cuidado da ESF Palmeira dos Soares;

1.3.2 Objetivos Específicos

- Ampliar a adesão ao tratamento da HAS na população idosa sob cuidado da ESF Palmeira dos Soares;
- Melhorar a compreensão da população idosa sobre HAS e seu tratamento;
- Criar espaço de escuta e acolhimento entre os idosos com HAS.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Envelhecimento Populacional

O envelhecimento populacional é um fenômeno global e tem ocorrido principalmente em resposta ao processo de transição demográfica, que descreve a dinâmica do crescimento da população baseado na mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da expectativa de vida. Dos países em desenvolvimento, o Brasil foi um dos que derrubou mais rapidamente suas taxas de fecundidade, que já foi de 4 filhos por mulheres nos anos 80 e hoje está em 1,7, índice comparável aos de países desenvolvidos, como Canadá e Estados Unidos (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; IBGE, 2017).

Envelhecer é um processo natural característico da vida do homem que dar-se por mudanças físicas e psicossociais que acometem cada indivíduo de maneira particular, sendo necessário o desenvolvimento de mecanismos que atendam às necessidades desse novo quadro

demográfico. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como idoso, a pessoa com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, para os países desenvolvidos e de sessenta anos de idade para indivíduos de países em desenvolvimento. Essa definição é estabelecida com base na situação social e econômica de cada país (MENDES et al., 2005; SANTOS et al., 2008).

O Brasil tem envelhecido de forma acelerada e suas alterações na dinâmica populacional são evidentes, como comprova pesquisa recente do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), onde a população idosa brasileira em menos de uma década, aumentou em 8,5 milhões. Em 2017 o Brasil tinha 26 milhões de pessoas acima dos 60 anos, e em 2027 essa parcela da população aumentará, chegando aos 37 milhões, de acordo com projeções do órgão. Ademais, as estimativas do IBGE mostram que aumentará não apenas o total de pessoas idosas, mas principalmente a participação delas no conjunto da população brasileira, passando de 8% em 2000 para quase 19% no ano de 2030.

Esta etapa da vida, também conhecida como melhor idade, pode se manifestar de uma forma saudável, sendo compreendida como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, sem provocar qualquer problema – senescência, porém pode se dar de forma patológica, ocasionando diversas morbidades – senilidade. O envelhecimento fisiológico compreende uma série de alterações nas funções orgânicas devido exclusivamente aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, fazendo com que o mesmo perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático e que todas as funções fisiológicas gradualmente comecem a declinar, no início de forma leve, sem gerar qualquer incapacidade, porém, ao passar dos anos, podendo levar ao envelhecimento patológico, com o desenvolvimento de doenças, além de limitações do desempenho de atividades básicas da vida diária, interferindo algumas vezes de forma negativa (BRASIL, 2006a; CHAGAS; ROCHA, 2012; ESQUENAZI; SILVA; GUIMARÃES, 2014).

Entre os desafios encontrados na saúde pública em relação ao envelhecimento da população, estão os relacionados ao aumento dos gastos com a manutenção da saúde, em função principalmente do aparecimento das doenças crônico-degenerativas comuns nesta fase, que necessitam de cuidados prolongados e internações frequentes. Dessa forma, a fim de evitar que o envelhecimento esteja ligado apenas a doenças, incapacidade e ao maior uso dos serviços de saúde pela população, apesar das estratégias utilizadas pela atenção básica, na execução da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), a prevenção de doenças e fragilidades, a manutenção da saúde, a independência e autonomia dos idosos, estão entre os maiores desafios enfrentados pelo setor saúde na promoção do envelhecimento saudável (BRASIL, 2006b; MAGRINI; MARTINI, 2012; PICON et al., 2012).

Vale ressaltar que quanto mais velha a pessoa fica, inevitavelmente, sua qualidade de vida no que tange aos sistemas corporais vai piorando. O sistema imunológico, por exemplo, fica mais suscetível a infecções; o sistema nervoso sofre alterações significativas no funcionamento e o cardiorrespiratório fica menos resistente. Assim fica claro que a saúde é determinante para que os idosos se mantenham independentes e autônomos. Uma condição de saúde ruim torna o idoso mais dependente e mais vulnerável, principalmente ao desenvolvimento das DCNT (BARRETO et al., 2002; LINDEN; TRINDADE, 2013).

2.2 Envelhecimento e Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é definida como uma condição clínica multifatorial e de curso silencioso que ocorre quando o sangue circula com alta pressão nos vasos – igual ou superior a 140x90mmHg, estando frequentemente associadas às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC, 2010).

De acordo com estimativas da OMS, em 2004 a HAS foi responsável por 7,1 milhões de mortes no mundo, além de ter provocado 57 milhões de anos perdidos ajustados por incapacidades. Estima-se ainda que essa doença seja responsável por 62% dos casos de acidente vascular cerebral e 49% dos casos de doença isquêmica cardíaca em todo mundo. No Brasil ela também segue a tendência mundial de elevada prevalência, onde nas últimas três décadas encontra-se em torno de 31% na população adulta e 68% na população idosa, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (IBGE, 2010; PICON et al., 2012; WHO, 2002).

O desenvolvimento da HAS ocorre em função da presença de diversos fatores de risco, que são eles: idade, gênero, etnia, história familiar, sobrepeso e obesidade, ingestão excessiva de sal, alimentação inadequada, etilismo, sedentarismo, dislipidemias e tabagismo. A idade, fator relevante para nosso estudo, contribui para a elevação dos níveis pressóricos devido as alterações na anatomia e na fisiologia do cardiovascular do idoso, e ocorrem independente ou não da presença de doenças e outros fatores de risco, tendo em vista que durante o envelhecimento o coração apresenta hipertrofia do ventrículo esquerdo, fibrose generalizada em função do aumento do depósito de colágeno, degeneração parcial do fornecimento do nervo simpático cardíaco, diminuição da contratilidade do miocárdio e alterações da distensibilidade e complacência das artérias envelhecidas (FERRARI; RADAELLI; CENTOLA, 2003; RABELO, 2010; SANTOS, 2011).

Ao contrário do que muitos imaginam a hipertensão pode ser assintomática por anos, visto que um dos seus principais sintomas, a cefaleia, é bastante inespecífico. Seu diagnóstico

precoce é de extrema importância para o controle da doença e redução dos riscos, além de ser eminentemente clínico e facilmente realizado, consistindo apenas na média aritmética da pressão arterial (PA) maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas. A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais de uma medida, não é suficiente para fechar o diagnóstico (BRASIL, 2014b; QUADRANTE, 2005).

Entretanto o diagnóstico da HAS nem sempre é fácil, pois a pressão costuma subir durante a prática de atividades físicas, em situações estressantes e de emoção ou dentro de um consultório médico devido a síndrome do avental branco, porém logo após o término da causa, o valor da PA tende a decrescer até alcançar o valor homeostático. Dessa forma, o método mais eficaz a nível ambulatorial é o MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial), onde a PA é aferida durante 24 horas através de um aparelho que fica instalado no paciente e a cada 20 minutos fica realizando as aferições, porém quando essa elevação ocorre de modo persistente, provoca lesões nas artérias e órgãos-alvos. Estima-se que 40% dos infartos, 80% dos derrames e 25% dos casos de insuficiência renal sejam provocados pela hipertensão arterial (NARY, 2011).

A estratificação de risco cardiovascular tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos, recomendando-se a utilização do escore de Framingham para tal, que se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo e níveis de colesterol, selecionando assim indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais intensas. Esse processo possui três etapas. A primeira é a coleta de informações sobre fatores de risco prévios, a segunda é a avaliação da idade, exames de colesterol (LDLc e HDLc), PA e tabagismo, e por fim a terceira etapa, em que se estabelece uma pontuação e, a partir dela, obtém-se o risco percentual de evento cardiovascular para homens e mulheres. (BRASIL, 2014b; SBC, 2010).

O tratamento da pessoa com HAS deve ser multiprofissional, e tem como objetivo a manutenção de níveis pressóricos controlados, afim de reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, podendo ser não medicamentoso, controlando a PA através da redução dos fatores de risco envolvendo mudanças no estilo de vida, e medicamentoso, principalmente em pacientes com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos no estágio 2 ($PA \geq 160/100\text{mmHg}$), sendo que a decisão de quando iniciar medicação anti-hipertensiva deve ser considerada avaliando a

preferência da pessoa, o seu grau de motivação para mudança de estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular. (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

Apesar da disponibilidade de tratamento efetivo, mais da metade dos pacientes o abandonam em até um ano do diagnóstico. Dentre aqueles que persistem sob cuidados médicos, apenas cerca de 50% tomam ao menos 80% das medicações prescritas. Consequentemente, devido à baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo, aproximadamente 75% dos pacientes hipertensos não atingem adequado controle da doença, levando a LOA, e desenvolvimento de comorbidades como insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana (com aumento do risco de infarto), déficits visuais, insuficiência renal, acidentes vasculares cerebrais e cada vez mais, quadros demenciais, incluindo a doença de Alzheimer. O tratamento adequado diminui de forma significativa as complicações, com redução de 30 a 43% no risco de acidentes vasculares cerebrais e de até 15% no risco de infartos do miocárdio (QUADRANTE, 2005).

A implementação de medidas de prevenção para a HAS representa um grande desafio na área da saúde pública, sendo as ações de prevenção primária, a detecção precoce, o tratamento efetivo e o controle deste agravo as formas mais efetivas de reduzir e evitar as complicações cardiovasculares. Entretanto a simples criação de políticas públicas e/ou programas para a prevenção dessas doenças pode não ser a garantia de resolutividade do problema. Para isso faz-se necessário a adesão do usuário ao esquema terapêutico proposto. Tal adesão depende de três fatores: do mesmo estar ciente de sua condição de saúde e comprometimento com o tratamento, dos profissionais de saúde através dos esclarecimentos e incentivos e apoio familiar (CARVALHO et al., 2012; SBC, 2010).

Dentre as consequências do envelhecimento populacional, a mais significativa e preocupante é o aumento da carga de DCV, que constituem as causas mais frequentes de óbito entre os idosos, e dentre as quais a HAS ocupa lugar de destaque, justificando o maior uso dos serviços de saúde por esta população, com internações mais frequentes e mais longas. Dessa forma essa faixa etária merece uma atenção maior e mais intensiva por parte dos profissionais de saúde, devido ao aparecimento das doenças crônico-degenerativas, sendo a hipertensão um fator complicador, reduzindo drasticamente a qualidade de vida destes indivíduos (ARAÚJO; GARCIA, 2006; LIMA; BARRETO; GIATTI, 2003).

Diante do exposto observou-se que o aumento da população idosa, reflete em um maior número de DCNT, entre elas a HAS, tornando-se necessário o maior conhecimento e capacitação dos profissionais de saúde para diagnóstico e tratamento precoces e adequados, além de medidas de prevenção das complicações próprias da doença, afim de reduzir a

morbimortalidade cardiovascular com manutenção ou melhora da qualidade de vida e da independência funcional, mostrando assim a importância de conhecer e estudar essa população.

3 METODOLOGIA

3.1 Local e Público-alvo

O projeto será desenvolvido no período de setembro de 2019 a fevereiro de 2020, na área de abrangência da ESF Palmeira dos Soares, Pedro II, Piauí, a qual assiste uma população de 3.413 pessoas. O público-alvo será formado por todos os hipertensos maiores de 60 anos, sendo que será solicitada participação de familiares de pacientes idosos incapacitados.

3.2 Desenho da operação

Primeiro momento: Será realizada a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde da ESF do NASF, a fim de expor os objetivos, metodologia, resultados esperados e estabelecer parceria e comprometimento de todos, para assim dar seguimento com as atividades a serem desenvolvidas, determinando um cronograma com prazos, metas e pessoas responsáveis.

Segundo momento: Será realizado um encontro com as equipes de saúde envolvidas no projeto para a organização dos materiais e levantamento dos recursos necessários para a execução do projeto, além de uma reunião com a coordenação da Atenção Básica e gestão municipal para discussão dos instrumentos para implantação e aquisição de materiais de apoio. Nestes momentos de interação deverão ser esclarecidas as dúvidas e compartilhadas e buscadas alternativas para minimizar as dificuldades durante o seguimento do projeto.

Terceiro momento: Serão propostas atividades educativas com distribuição de folders para pacientes e familiares, onde esteja registrado a importância do vínculo com os pacientes hipertensos e a família, o papel dos membros da equipe, do profissional de referência, cuja responsabilidade é de coordenar as ações, atendimentos com equipe multiprofissional do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), incentivo a prática de atividade física e mudança do estilo de vida, realização de acolhimento adequado e criação de vínculo, visita domiciliar e capacitações permanentes das equipes de saúde. Aplicação de questionários para identificação dos fatores que contribuem para o não seguimento adequado do tratamento, além da utilização de metodologias ativas de ensino, como rodas de conversa ou dramatização para problematização, valorização da experiência prévia do indivíduo e a exposição dialogada.

3.3 Plano Operativo

Situação-problema	Objetivos	Metas/Prazos	Ações estratégicas	Responsáveis	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Não seguimento adequado do tratamento; ➤ Complexidade do regime terapêutico; ➤ Baixa escolaridade; ➤ Fator econômico; ➤ Esquecimento na tomada da medicação; ➤ Ausência de apoio familiar; ➤ Dificuldade de acesso à UBS. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ampliar a adesão ao tratamento da HAS na população idosa sob cuidado da ESF Palmeira dos Soares; ➤ Melhorar a compreensão da população idosa sobre HAS e seu tratamento; ➤ Criar espaço de escuta e acolhimento entre os idosos com HAS. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Setembro de 2019 a Fevereiro de 2020 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atividades educativas com distribuição de folders para pacientes e familiares; ➤ Atendimentos com equipe multiprofissional do NASF; ➤ Incentivo a prática de atividade física e mudança do estilo de vida; ➤ Realização de acolhimento adequado; ➤ Criação de vínculo; ➤ Visita domiciliar; ➤ Capacitações permanentes da equipe. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipe Multiprofissional da ESF; ➤ NASF 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pacientes e familiares mais informados; ➤ Equipe capacitada; ➤ Estímulo ao autocuidado e melhoria da qualidade de vida; ➤ Aumento da adesão terapêutica; ➤ Redução de morbimortalidade;

3.4 Resultados esperados

Com a elaboração e implantação desse projeto espera-se realizar de forma efetiva, o controle pressórico dos idosos hipertensos, através do seguimento adequado do tratamento, contribuindo para mudanças como diminuir as complicações da doença, diminuir as taxas de morbimortalidade por hipertensão e elevar o autocuidado e a melhoria da qualidade de vida com a adoção de práticas saudáveis, permitindo que os planos de cuidados e/ou os projetos terapêuticos singulares envolvam todos os membros das equipes de saúde, criando espaços de diálogo entre pacientes hipertensos, não hipertensos, jovens, professores, profissionais de saúde, responsáveis e a comunidade é, como importante instrumento para construir uma resposta social com vistas à superação das relações de vulnerabilidade.

3.5 Avaliação

Após o período de realização de atividades educativas, consultas com classificação de risco dos pacientes e elaboração dos planos de cuidados individuais com consequente agendamento dos retornos para acompanhamento, os hipertensos serão monitorados por seis meses quanto ao comparecimento ao serviço de saúde, níveis pressóricos, uso adequado da medicação e mudanças no estilo de vida, principalmente quanto à alimentação e prática de atividade física. Além de serem realizadas reuniões com as equipes de saúde para discutirmos os pontos positivos e negativos e as intervenções para podermos melhorar.

4 CONCLUSÃO

Com esse plano de intervenção aplicado esperamos diminuir a morbimortalidade provocadas pela HAS em nossa ESF - Palmeira dos Soares, aumentar a adesão ao tratamento e a educação em saúde dos pacientes, além de criar espaço de escuta e acolhimento entre os pacientes. Para a equipe de saúde, esse projeto permitirá planejar melhor as atividades, afim de melhorar a qualidade de vida dos moradores de nossa área de abrangência. Nossa experiência pode gerar desdobramentos não só em doenças crônicas não transmissíveis, mas também em outras doenças com alta morbimortalidade, podendo ainda estimular os profissionais e pacientes em novos projetos que beneficiarão a população.

O conhecimento gerado por esse projeto é de extrema importância tanto para os profissionais como para os pacientes e comunidade, pois com a realização desta intervenção na população de idosos da nossa ESF, poderemos planejar uma assistência

adequada e de qualidade, com a adoção de estratégias que possibilitem a promoção da saúde e do autocuidado, a prevenção da doença, a redução das complicações e o controle dos fatores de riscos, de modo a permitir um envelhecimento saudável.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, G. B. S; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 8, n. 2, p. 259-72, 2006.
- BARRETO, S. M. et al. Gênero e desigualdades em saúde entre idosos brasileiros. **NESPE**, v. 1, p. 59-69, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa – Cadernos de Atenção Básica – nº 19**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Cadernos de Atenção Básica – nº 35**, Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica - Cadernos de Atenção Básica – nº 37**, Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.
- CARVALHO, A. L. M. et. al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa HIPERDIA no município de Teresina (PI). **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n. 7, p. 1885-1892, 2012.
- CHAGAS, A. M.; ROCHA, E. D. Aspectos fisiológicos do envelhecimento e contribuição da Odontologia na saúde do idoso. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 69, n. 1, p. 94-96, 2012.
- ESQUENAZI, D.; SILVA, S.R.B.; GUIMARÃES, M.A.M. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. **Rev. Hosp. Univer. Pedro Ernesto**, v. 13, n. 2, p. 11-20, 2014.
- FERRARI, A. U.; RADAELLI, A.; CENTOLA, M. Invited review: aging and the cardiovascular system. **J. Appl. Physiol.**, v. 95, p. 2591-2597, 2003.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento de população e indicadores sociais. **Síntese dos indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Brasília: IBGE, 2010.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População: Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Brasília: IBGE, 2017.
- ISHITANI, L. H. et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, v. 40, n. 4, p. 684-691, 2006.

LIMA, M. F. C; BARRETO, S. M; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Públ.**, v. 19, n. 3, p. 735-743, 2003.

LINDEN, J. E.; TRINDADE, J. L. Avaliação da qualidade de vida de idosos em um município do Sul do Brasil. **Rev. Bras. de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 03, p. 473-479, 2013.

MAGRINI, D. W.; MARTINI, J. G. Hipertensão Arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. **Enferm. Global**, v. 26, p.254-263, 2012.

MENDES, M. R. S. S. B. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consolidação. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 422-426, 2005.

NARY, F. C. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) na prática clínica. **Rev. Racine**, v. 21, n. 123, jul./ago. 2011.

NUNES, M. G. S. et al. Prevalência e fatores associados a cooperação do paciente portador de hipertensão arterial. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 28, n. 4, p. 323-30, 2015.

PICON, R. V. et al. Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with meta-analysis. **PLoS One**, v. 7, n. 10, p. 1-10, 2012.

QUADRANTE, A. C. R. **Doenças Crônicas e o Envelhecimento**. Portal do Envelhecimento. São Paulo SP, 2005. Disponível em: <
<http://www.portaldoenvelhecimento.com/acervo/artieop/Geral/artigo250.htm>>. Acesso em: junho 2019.

RABELO, D. F. Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. **Rev. Kairós**, v. 13, n. 2, p. 115-130, 2010.

SANTOS, S. S. C. et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriátrica. **Acta Paulista de Enferm.**, v. 21, n. 4, p.649 – 653, 2008.

SANTOS, Z. M. S. A. Hipertensão Arterial – um problema de saúde pública. **Rev. bras. promoç. Saúde**, v. 24, n. 4, p. 285-286, 2011.

SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, n. 1, supl.1, p. 1-51, 2010.

SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-103, 2016.

SILVA, L. B. et al. Assessment of the quality of primary care for the elderly according to the Chronic Care Model. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 26, e2987, 2018.

SOUZA, A. R. A. et al. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MT. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 88, n. 4, p. 441-446, 2007.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. Resumo Executivo Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. UNFPA. Londres, 2012.

WHO. World Health Organization. The world health report 2002 – reducing risks, promoting healthy life. Geneva: 2002.

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