



FACULDADE DE CIÊNCIAS GERENCIAIS DE MANHUAÇU

**IMPACTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS COMO  
CARGA IMPOSTA NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Emanuel Costa Sales

Manhuaçu/MG  
2018

**EMANUEL COSTA SALES**

**IMPACTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS COMO  
CARGA IMPOSTA NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no  
Curso Superior de Medicina da Faculdade de  
Ciências Gerenciais de Manhuaçu, como  
requisito parcial à obtenção do título de Médico.

Área de Conhecimento: Medicina de Família e  
Comunidade

Orientador: Dr. Jadilson Wagner Silva do Carmo

Manhuaçu/MG  
2018

**EMANUEL COSTA SALES**

**IMPACTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS COMO  
CARGA IMPOSTA NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no  
Curso Superior de Medicina da Faculdade de  
Ciências Gerenciais de Manhuaçu, como  
requisito parcial à obtenção do título de Médico.

Área de Conhecimento: Medicina de Família e  
Comunidade

Orientador: Dr. Jadilson Wagner Silva do Carmo

Banca examinadora:

Data de Aprovação:

Manhuaçu/MG  
2018

## RESUMO

A população brasileira conta, cada vez mais, com um número maior de idosos. Esse incremento de pessoas mais velhas repercute diretamente no aumento de patologias relacionadas com a idade mais avançada. As doenças crônicas não transmissíveis são um conjunto de enfermidades que acometem mais os idosos, caracterizando-se por terem desenvolvimento arrastado, com necessidade de medidas de rastreio e tratamento continuo e efetivo. A hipertensão arterial sistêmica é uma doença com alta incidência na população idosa, em que o aumento dos valores da pressão arterial tem repercuções em diversos sistemas como o renal e o cardiovascular, representando importante contribuição para o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis. Realizou-se um estudo exploratório, com o propósito de fazer um levantamento sobre o estado da arte atual da hipertensão em idosos e o impacto nas doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, a partir de uma revisão bibliográfica, abordando também a importância da oferta de serviços na Atenção Primária em Saúde no enfrentamento desses problemas. Nota-se que há uma necessidade de elaboração de ações efetivas de controle desses agravos, com promoção da saúde, prevenção e tratamento dessas doenças, principalmente pela Estratégia Saúde da Família. Entretanto, há muitos desafios para a aplicação dessas medidas de cuidado da saúde dos idosos.

**Palavras-chave:** idosos, doenças crônicas não transmissíveis, hipertensão arterial sistêmica, atenção primária em saúde.

## ABSTRACT

The Brazilian population increasingly has more elderly people. This increase in older people has a direct repercussion on the increase of pathologies related to older age. Non-transmissible chronic diseases are a set of diseases that affect the elderly more, being characterized by having developed development, with the need for measures of continuous and effective treatment and tracing. Systemic arterial hypertension is a disease with a high incidence in the elderly population, in which the increase in blood pressure values has repercussions in several systems such as renal and cardiovascular, representing an important contribution to the emergence of chronic non-communicable diseases. An exploratory study was carried out to present a survey about the current state of the art of hypertension in the elderly and the impact on chronic noncommunicable diseases in Brazil, based on a bibliographical review, also addressing the importance of the provision of services in Primary Health Care in dealing with these problems. It is noted that there is a need to elaborate effective actions to control these diseases, with health promotion, prevention and treatment of these diseases, mainly by the Family Health Strategy. However, there are many challenges for the application of these health care measures for the elderly.

**Keywords:** elderly, chronic non-communicable diseases, systemic arterial hypertension, primary health care.

## **SUMÁRIO**

1. INTRODUÇÃO .....	1
2. DESENVOLVIMENTO.....	2
2.1. Metodologia.....	2
2.2. Referencial Teórico e Discussão de Resultados .....	3
3. CONCLUSÃO.....	12
4. REFERÊNCIAS .....	13

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional que o Brasil está passando tem amplitude mundial com previsão de que, em 2025, o número de pessoas com mais de 60 anos passe de 1,2 bilhões, constituindo uma população de importância numérica expressiva (GOULART, 2011). Esse processo acarreta modificações na prevalência e incidência de doenças, como as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), um conjunto de patologias que engloba o Diabetes Mellitus (DM), Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), Câncer e outras, de curso crônico e de tratamento e acompanhamento contínuo, por toda a vida, que gera grandes custos ao serviço público de saúde. (MOREIRA *et al.*, 2013). Dentre elas, pode ser citada a doença cardiovascular, uma das mais importantes das DCNT, e que tem como principal causa a hipertensão arterial (SCHMIDT *et al.*, 2011).

No Brasil e no mundo, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) possui destaque pela sua alta prevalência e incidência. Ocorre se o sangue for mantido circulando pelos vasos com uma pressão maior ou igual a 140x90mmHg, tendo um desenvolvimento multifatorial, como: etnia, sobre peso/obesidade, idade, ingestão de sal, sexo, etilismo, tabagismo, genética, fatores socioeconômicos e sedentarismo. Além disso, aumenta o risco para diversas comorbidades, como insuficiência renal crônica, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010). A HAS acomete todas as faixas etárias, mas o número de portadores na população idosa é maior, justificado pelas alterações orgânicas do envelhecimento (CAETANO *et al.*, 2008).

Dos mais de 200 milhões de pessoas da atual população brasileira, em torno de 13% possuem 60 anos ou mais, e considerando que a HAS tem alta prevalência na população idosa, essa patologia é um problema importante de saúde pública, uma vez que possui morbimortalidade e custo de tratamento elevados. Assintomática por muitas vezes, os indivíduos nem sempre procuram os serviços de saúde para serem diagnosticados e a adesão ao tratamento é difícil (MENDES *et al.*, 2014).

A HAS entre os idosos gera impactos e desfechos agudos e crônicos advindos como doenças cardiovasculares e renais, resultando no surgimento de DCNT que precisam ser enfrentadas na Atenção Primária em Saúde (APS), em particular na ESF com promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e cuidado com o tratamento.

É importante conhecer a situação real da saúde dos idosos no Brasil e suas necessidades médicas, podendo assim oferecer auxílios na elaboração de estratégias curativas e preventivas, diminuindo a morbimortalidade e melhorando sua qualidade de vida. Juntamente a isso, a Atenção Básica a Saúde (ABS) merece destaque, uma vez que prioriza a promoção e prevenção de doenças, configurando-se como fundamental no controle da prevalência e incidência da HAS nos idosos (SANTOS *et al.*, 2008).

O presente estudo tem como objetivo de investigar e avaliar o impacto da HAS entre os idosos do Brasil e sua importância causal nas DCNT, bem como expor e avaliar as principais dificuldades no enfrentamento da patologia em questão nas unidades de ABS do Brasil.

## 2. DESENVOLVIMENTO

### 2.1. Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, em que o autor seguiu o propósito de investigar o tema, levantando informações sobre o estado da arte atual da HAS em idosos e o impacto nas DCNT no Brasil.

O objetivo geral desse estudo foi revisar a literatura para avaliar o impacto da HAS no contexto do envelhecimento populacional no Brasil e a importância da oferta de serviços na APS como estratégia de enfrentamento das DCNT.

O foco principal foi a parcela da população idosa acometida pela hipertensão arterial que são acompanhadas na APS. Como essa patologia faz parte das doenças crônicas não transmissíveis, estas também foram abordadas, assim como as ações estratégicas para o seu enfrentamento pela APS.

Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema em questão, a partir de pesquisas na internet através do Google acadêmico, SciELO, DATASUS (base de dados do Ministério da Saúde do Brasil), Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Revista da Saúde Pública do SUS/MG, Periódicos UFMG, Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social da UFTM, assim como Diretrizes e *guidelines* de sites das Sociedades Brasileiras de Hipertensão, Cardiologia, Geriatria e Medicina de Família e Comunidade. As pesquisas aconteceram de forma individualizada para as partes do tema, de modo que, após a seleção dos trechos marcantes de cada fonte, as informações foram agrupadas e o texto do trabalho foi produzido.

As palavras pesquisadas foram HAS, hipertensão, idosos, doenças crônicas não transmissíveis, DCNT, ações estratégicas de saúde, APS, cuidado do idoso, UBS, tratamento da HAS no idoso, enfrentamento, carga imposta, DCNT no Brasil. Os arquivos encontrados foram selecionados, lidos, os trechos importantes para a produção do trabalho foram citados e referenciados.

Inicialmente foi abordado o envelhecimento populacional que o Brasil está passando e o surgimento das DCNT, citando as doenças que fazem parte desse conjunto de patologias.

A HAS nos idosos, dentro das DCNT, foi apresentada com suas características, classificações, diagnóstico e tratamento, além da dificuldade e dos desafios para o enfrentamento da carga imposta por esse agravio.

## 2.2. Referencial Teórico e Discussão de Resultados

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2015), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) se trata de uma condição clínica, na grande maioria das vezes, multifatorial, tendo como características a elevação e sustentação dos níveis de pressão arterial (PA). Atrelado à definição dessa patologia, é importante esclarecer também os valores pressóricos que caracterizam as suas classificações (Tabela 1). Tem associação frequente com alterações estruturais e/ou funcionais de órgãos-alvo como encéfalo, coração, vasos sanguíneos e rins, além de alterações metabólicas, resultando em maior suscetibilidade cardiovascular a eventos fatais e não fatais. “Está relacionada a fatores intrínsecos, como hereditariedade, sexo, idade e raça; e a fatores extrínsecos, como tabagismo, sedentarismo, obesidade, estresse, dislipidemia e dieta.” (GIROTO; ANDRADE, 2009, p.31)

**Tabela 1:**  
**Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade**

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS  $\geq 140$  mm Hg e PAD  $< 90$  mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

Fonte: Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83

Para Filho e Curiati (2010, p.211), “a hipertensão arterial representa atualmente, pela elevada incidência e pelas sérias consequências que determina, um dos mais importantes fatores de incapacidade e morte prematura do mundo.”

A HAS é um problema de saúde pública, sendo fator de risco cardiovascular importante e tendo alta prevalência na população idosa. Uma enorme parcela dos hipertensos não tem conhecimento da sua condição, e entre os que conhecem, menos da metade apresentam um adequado controle da pressão arterial. (OLMOS; LOTUFO, 2012)

Possui elevada morbimortalidade, e o seu tratamento tem custos elevados. De acordo com Zattar (2013, p.21), “por ser muitas vezes assintomática, há dificuldades para que os indivíduos procurem os serviços de saúde para o diagnóstico e adesão ao tratamento. “ Seguindo nas dificuldades encontradas para o manejo da HAS, “ somam-se ainda a falta de estrutura dos sistemas de saúde para atender a essa população e as escassas ações preventivas para reduzir os fatores de risco.” (GUS *et al.*, 2011, p.17)

O processo de identificação dos vários fatores de risco para o desenvolvimento da HAS, como: idade, grupo étnico, gênero, hereditariedade, uso de anticoncepcionais, tabagismo, etilismo, obesidade, nível de escolaridade e condição socioeconômica colaboraram muito para uma melhora na epidemiologia cardiovascular, assim como na prevenção e tratamento dos índices pressóricos elevados, que abrangem os tratamentos não farmacológicos e farmacológicos. (SHOJI *et al.*, 2000)

A 7<sup>a</sup> Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial ainda coloca alguns fatores de risco adicionais para eventos cardiovasculares, estando a HAS e a idade entre eles, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2:

**Fatores de risco cardiovascular na avaliação do risco adicional no hipertenso**

- Sexo masculino
- Idade
  - Homens  $\geq$  55 anos ou mulheres  $\geq$  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
  - Triglicerídeos  $>$  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

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

Fonte: Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83

Segundo a SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (2012), diversas intervenções não farmacológicas (Tabela 4 e 5) estão sendo abordadas na literatura devido aos seus baixos custos, eficácia na redução da pressão arterial e mínimo risco. Estão entre elas: a restrição calórica, a redução do peso corporal, a prática regular de atividade física e o abandono do tabagismo. “ Essas medidas são experimentadas de início, principalmente em casos leves recém-diagnosticados. Se elas forem inúteis, o tratamento evolui para as medidas farmacológicas de maneira progressiva, incluindo os agentes anti-hipertensivos. ” (BOUNDY *et al.*, 2013) “ Deste modo, a intervenção não farmacológica presta-se ao controle dos fatores de risco e às modificações no estilo de vida, a fim de prevenir ou deter a evolução da hipertensão arterial. ” (FORJAS *et al.*, 2010, p.12)

Ximenes e Melo (2010, p.10) defendem que “ o controle adequado da HAS não é suficiente apenas às medidas de orientação, mas também, estratégias que auxiliem os indivíduos na mudança de atitude, exigindo ações de prevenção e promoção da saúde. ” CONVERSO e LEOCÁDIO (2005, p.11) ainda salientam, “ as mudanças de

hábitos devem ser esclarecidas ao paciente com palestras explicativas e folhetos sobre fatores de riscos e como atuar na HAS, de acordo com a faixa etária dos hipertensos. “

São de extrema importância o conhecimento dos pacientes hipertensos que fazem uso dos serviços de saúde, das estratégias terapêuticas que conhecem e utilizam e do perfil sócio-demográfico, para que as intervenções sejam mais eficazes e melhor direcionadas ao controle da doença. (ZAITUNE *et al.*, 2006)

**Tabela 3:**

**Conhecimento, tratamento e controle da PA em 14 estudos populacionais brasileiros, publicados no período de 1995 a 2009.**

Autor/ano por região	Local	Número de indivíduos	Conhecimento	Tratamento	Controle
<b>Sul</b>					
Fuchs <i>et al.</i> 1995	Porto Alegre (RS)	1.091	42,3	11,4	35,5
Gus <i>et al.</i> 2004	Rio Grande Sul	1.063	50,8	40,5	10,4
Oliveira e Nogueira, 2003	Cianorte (PR)	411	63,2	29,9	20,9
Trindade, 1998	Passo Fundo (RS)	206	82,2	53,3	20
Pereira <i>et al.</i> 2007	Tubarão (SC)	707	55,6	50,0	10,1
<b>Sudeste</b>					
Freitas <i>et al.</i> 2001	Catanduva (SP)	688	77	61,8	27,6
Souza <i>et al.</i> 2003	Campos dos Goytacazes (RJ)	1.029	29,9	77,5	35,2
Barreto <i>et al.</i> 2001	Bambuí (MG)	2.314	76,6	62,9	27
Castro <i>et al.</i> 2007	Formiga (MG)	285	85,3	67,3	14,7
Mill <i>et al.</i> 2004	Vitória (ES)	1.656	27,0		
<b>Centro-Oeste</b>					
Jardim <i>et al.</i> 2007	Goiânia (GO)	1.739	64,3	43,4	12,9
Cassanelli, 2005	Cuiabá (MT)	1.699	68,3	68,5	16,6
Rosário <i>et al.</i> 2009	Nobres (MT)	1.003	73,5	61,9	24,2
Souza <i>et al.</i> 2007	Campo Grande (MS)	892	69,1	57,3	-

Fonte: Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83

Na Tabela 3, que está logo acima, têm-se uma noção dos indivíduos que têm conhecimento sobre a HAS, os que aderem ao tratamento e os que conseguem um controle efetivo da doença.

A pressão do sangue elevada nas artérias resulta em lesões desses vasos e dos órgãos que recebem esse fluxo de líquido. Nos rins pode causar disfunção das estruturas e levar a uma insuficiência renal. No coração pode ocorrer o comprometimento das câmaras e a função de bombeamento do sangue para o corpo ser prejudicada. Aneurismas podem surgir, além do rompimento de vasos calibrosos como em um AVE. Diversos problemas no sistema cardiovascular podem ser gerados por esse aumento de pressão arterial, com comprometimento, muitas vezes, a longo prazo e de início insidioso, mas com desfechos complicados e debilitantes para o indivíduo, principalmente o idoso que já possui outros tipos de doenças. (GAO *et al.*, 2013)

Tabela 4:

Modificações no peso corporal e na ingestão alimentar e seus efeitos sobre a PA

Medida	Redução aproximada da PAS/PAD	Recomendação
Controle do peso	20-30% de diminuição da PA para cada 5% de perda ponderal <sup>1</sup>	Manter IMC < 25 kg/m <sup>2</sup> até 65 anos. Manter IMC < 27 kg/m <sup>2</sup> após 65 anos. Manter CA < 80 cm nas mulheres e < 94 cm nos homens
Padrão alimentar	Redução de 6,7/3,5 mmHg <sup>25</sup>	Adotar a dieta DASH
Restrição do consumo de sódio	Redução de 2 a 7 mmHg na PAS e de 1 a 3 mmHg na PAD com redução progressiva de 2,4 a 1,5 g sódio/dia, respectivamente <sup>12</sup>	Restringir o consumo diário de sódio para 2,0 g, ou seja, 5 g de cloreto de sódio
Moderação no consumo de álcool	Redução de 3,31/2,04 mmHg com a redução de 3-6 para 1-2 doses/dia <sup>24</sup>	Limitar o consumo diário de álcool a 1 dose nas mulheres e pessoas com baixo peso e 2 doses nos homens

IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica.

\*Uma dose contém cerca de 14g de etanol e equivale a 350 ml de cerveja, 150 ml de vinho e 45 ml de bebida destilada.<sup>26</sup>

Fonte: Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83

Tabela 5:

Evidências da atividade física e do exercício físico na redução da PA

Medida	Redução aproximada da PAS/PAD
Atividade física diária	3,6/5,4 mmHg <sup>42</sup>
Exercício aeróbico	2,1/1,7 em pré-hipertensos 8,3/5,2 mmHg em hipertensos <sup>43</sup>
Exercício resistido dinâmico	4,0/3,8 mmHg em pré-hipertensos Não reduz em hipertensos <sup>43</sup>

Fonte: Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83

A HAS contribui para o surgimento de eventos cardiovasculares, impondo sua carga nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com destaque crescente como um desafio importante para a saúde pública, em grande parte por causar grande mortalidade e morbidade. Elas podem provocar incapacidades sérias, em graus variados, afetando o bem-estar e os hábitos de vida do indivíduo, e até a economia do país. Todavia, tem uma característica positiva, a de poder ser prevenida. Contrastando com esse fato, a literatura existente possui dados que mostram pontos negativos preocupantes. Por exemplo, em 2002 as DCNT já eram as responsáveis por cerca de 60% das mortes de um modo geral no mundo. (MONTEIRO *et al.*, 2005)

De acordo com a *World Health Organization* (2005, p.61), “as DCNT constituem um problema grave de saúde global, e também ameaça ao desenvolvimento humano e à saúde. É sobre os países mais pobres (baixa e média renda) que, especialmente, recai a carga dessas doenças.”

Para Duncan *et al.*, (2011), em torno de 72% de todas as mortes no Brasil que aconteceram em 2007 podem ser atribuídas às DCNT (doenças respiratórias crônicas, câncer, diabetes, doenças renais, doenças cardiovasculares e outras). Deste modo, as

DCNT são as principais e mais importantes fontes, no Brasil, da carga de doenças, sendo necessário a implementação de políticas preventivas e de controle desses agravos. Paralelo a isso, a mortalidade por doenças respiratórias crônicas e cardiovasculares têm diminuído, sendo resultado, provavelmente, do maior e melhor acesso à atenção primária e o controle do tabagismo.

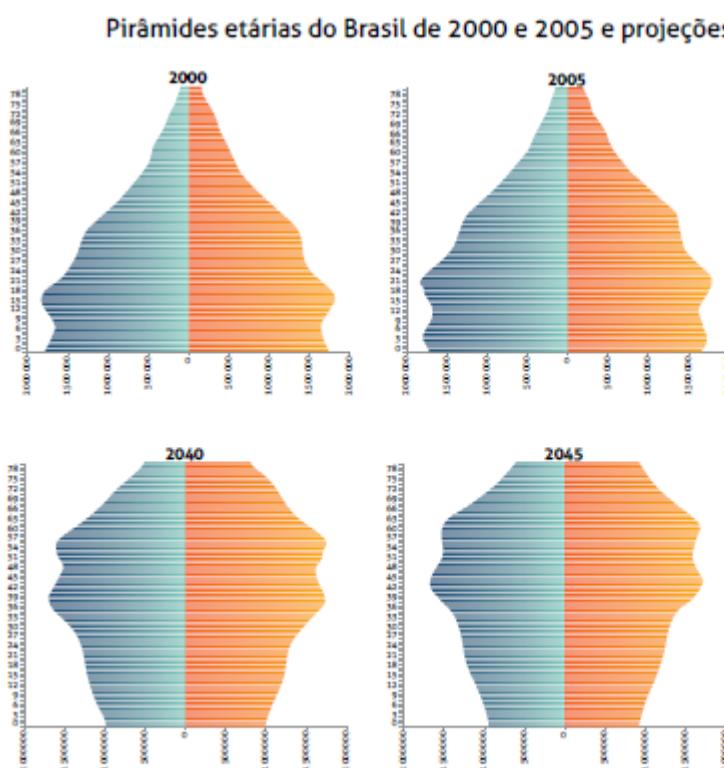
Porém, as taxas crescentes de obesidade pelo mundo, aumentando a prevalência de hipertensão e diabetes, ameaçam esse decréscimo das DCNT. Dados sugestivos desfavoráveis em grande parte dos fatores de risco principais, mostram que são necessárias ações oportunas e adicionais de prevenção e promoção da saúde, de forma especial como legislação e regulamentação, e de modo que permita cuidados e tratamentos crônicos com qualidade. (MENEZES *et al.*, 2011)

“As doenças crônicas não transmissíveis se caracterizam por terem etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa [...].” (MOURA *et al.*, 2011, p.486).

Na saúde pública, as DCNT com impacto maior compreendem o diabetes mellitus, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e as doenças cardiovasculares. Elas representam cerca de 80% das DCNT. Entretanto, é importante lembrar que as doenças reumáticas possuem um número elevado de casos, acarretando também grande impacto na saúde da população brasileira. (BRASIL, 2011)

Monteiro *et al.* (2005) ainda colocam que as maiores taxas dessas doenças se apresentam nos idosos. Logo, a incidência das DCNT tem relação direta com o envelhecimento e, assim, essa questão merece destaque, uma vez que a pirâmide etária do Brasil está em transição com um crescimento significativo do número de idosos. (Figura 1)

Figura 1:



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 – Revisão 2008.

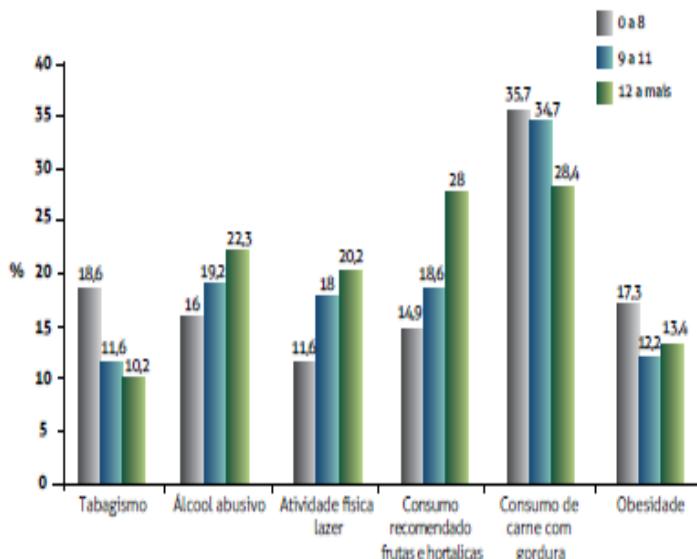
Fonte: Ministério da Saúde - Brasília-DF – 2011.

“Os principais fatores de risco para DCNT são o tabaco, má alimentação, inatividade física e o álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, hipertensão arterial e pelo colesterol alto.” (MALTA *et al.*, 2006)

De acordo com WHO (2011), “a epidemia de DCNT afeta mais os pobres, por estarem mais expostos aos fatores de risco e por terem menor acesso aos serviços de saúde. Além disso, essas famílias são levadas a um maior estado de pobreza em um círculo vicioso.” Ainda, a população pobre é a que possui menor escolaridade, o que também contribui para uma maior prevalência de fatores de risco e menor proteção para DCNT, como visto na Figura 2.

Figura 2:

Prevalência de fatores de risco e proteção para DCNT nas capitais do Brasil, segundo escolaridade, VIGITEL 2010



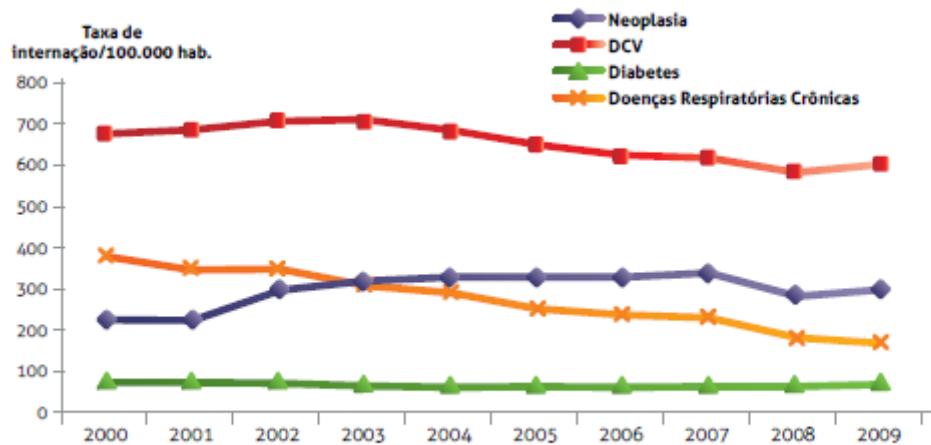
Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2010. Ministério da Saúde. Percentuais ponderados para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de região no Censo Demográfico de 2000.

Fonte: Ministério da Saúde - Brasília-DF – 2011.

Para o Ministério da Saúde do Brasil (2011), “[...] mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), gratuito e universal, o custo individual de uma doença crônica ainda é bastante alto, em função dos custos agregados, o que contribui para o empobrecimento das famílias.” Ele ainda salienta que “[...] os custos diretos das DCNT para o sistema de saúde representam impacto crescente. No Brasil, as DCNT estão entre as principais causas de internações hospitalares.” Das internações por DCNT no Brasil, a HAS que está dentro das doenças cardiovasculares tem grande expressão, e grande parte desses eventos acontece na população idosa. (Figura 3)

Figura 3:

Taxa de internação hospitalar por doenças crônicas selecionadas, Brasil, 2000 a 2009



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Ministério da Saúde.

DCV = Doença Cardiovascular

Fonte: Ministério da Saúde - Brasília-DF – 2011.

WHO (2009) coloca que “ as 4 doenças crônicas de maior impacto mundial (cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas) têm 4 fatores de risco em comum (tabagismo, inatividade física, má alimentação e álcool). “ E ainda dá ênfase que “ em termos de mortes atribuíveis, o maior fator de risco conhecido é a pressão arterial elevada (responsável por 13% das mortes no mundo). “ (Tabela 6)

Tabela 6:

Prevalência de fatores de risco selecionados para doenças crônicas segundo estimativas do VIGITEL, inquérito telefônico entre adultos residentes das capitais brasileiras, 2006 e 2010

	2006	2010	Diferença
<b>Tabagismo</b>			
Fumante atual	16,2% (15,4-17,0)	15,1% (14,2-16,0)	-1,1% (0,02)
Ex-fumante	22,1% (21,3-22,9)	22,0% (21,1-22,9)	-0,1% (0,81)
<b>Atividade física</b>			
Atividade física no lazer	14,8% (14,2-15,5)	14,9% (14,1-15,8)	0,1% (0,78)
<b>Alimentação</b>			
Consumo de carnes com gorduras	39,1% (38,8-39,7)	34,2% (33,0-35,3)	-4,9% (<0,001)
Consumo regular de frutas e hortaliças	28,9% (28,6-29,6)	29,9% (28,9-30,9)	1% (0,03)
Consumo de bebidas alcoólicas			
Consumo excessivo nos últimos 30 dias	16,2% (15,5-16,9)	18,0% (17,2-18,9)	1,8% (<0,001)
<b>Excesso de peso</b>			
Excesso de peso	42,8% (41,8-43,8)	48,1% (46,9-49,3)	5,3% (<0,001)
Obesidade	11,4% (10,8-12,0)	15,0% (14,2-15,8)	3,6% (<0,001)

Nota de rodapé: Os dados são % (IC de 95%) ou % (valor de p) – valor de p calculado por regressão de Poisson, que comparou a prevalência de 2006 e 2010.

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2006-2010. Ministério da Saúde.

Fonte: Ministério da Saúde - Brasília-DF – 2011.

"A análise da carga de doenças traduzida pelos anos de vida perdidos mostra, que apesar de índices ainda preocupantes de doenças infecciosas, desnutrição, causas externas, as DCNT representam em torno de 66% da carga de morbidades. " (ADAMI *et al.*, 2013)

Kalsing *et al.* (2013) ressalta que as DCNT são uma crescente e expressiva demanda no que diz respeito à atenção em saúde, necessitando, além de pesquisas para elucidar os motivos de aumento, queda e estabilização nas taxas de morbimortalidade das DCNT no Brasil, a necessidade de vigilância epidemiológica e também a elaboração de maneiras novas de enfoque da problemática.

Os desafios encontrados pelos serviços de saúde estão atrelados às características das DCNT, uma vez que elas apresentam: longos períodos de latência, etiologia múltipla, curso prolongado, além de associação com incapacidades funcionais e deficiências, culminando na impossibilidade da definição completa da causa e diagnóstico dificultado. (TAVARES *et al.*, 2013)

"A literatura e a atuação profissional na área da saúde coletiva demonstram que, por serem doenças com característica insidiosa e de evolução lenta, muitas pessoas só têm o diagnóstico quando as complicações clínicas já se encontram instaladas. " (GOULART, 2011, p. 330)

Barreto (2012) coloca que o tratamento para as DCNT merece destaque por se tratar de uma questão que quase sempre possui curso contínuo ou prolongado, gerando gastos ao paciente e sua família, além de também onerar o sistema de saúde. E junto com essas características, diversas vezes o diagnóstico e tratamento não são bem aceitos, por se sentirem saudáveis ou por não apresentar os sintomas. Situações essas que acabam favorecendo a falta de adesão ao tratamento não farmacológico e farmacológico. Tanto as especificidades do tratamento, quanto as características da doença, que podem e devem passar pela ação dos profissionais de saúde, tornam-se desafios na atenção primária para o sistema de saúde.

Atualmente, a oferta da atenção primária em saúde, aprimorada e incrementada, é defendida como uma eficiente forma de atender e enfrentar as doenças crônicas dos idoso, uma vez que dificilmente a assistência e o cuidado de qualidade para as doenças crônicas na atenção primária serão alcançados se o sistema estiver focado apenas no tratamento das complicações ou agravos agudos. Acredita-se que os cuidados às DCNT seriam aperfeiçoados se a oferta de saúde possuísse sistemas com ênfase nos cuidados primários, priorizando a assistência e o manejo do paciente como um todo, no seu estado geral de saúde, de modo contínuo nos atendimentos aos idosos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF). (BUSSCHE *et al.*, 2011)

As intervenções nas DCNT podem ser feitas por meio de medidas e ações de prevenção de agravos e promoção para a saúde, e essas atividades representam, entre todos os investimentos do setor da saúde, o mais custo-efetivo. Por exemplo, o Ministério da Saúde apresentou na agenda do SUS, como prioridade, o desenvolvimento de uma política para promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas com maior prevalência entre os idosos, e promoveu a elaboração, no Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022, de um Plano de Ações Estratégicas. Apesar de os programas serem teoricamente bem fundamentados e construídos, suas metas e objetivos não conseguem ser alcançados. (BRASIL, 2011)

É evidente a existência de uma grande distância entre a intenção de executar ações novas de saúde e realmente praticar de forma efetiva. Essa lacuna tem como motivos a carência de informação e conhecimento teórico sobre adequados e eficientes, de fato, modelos preventivos. E ainda, mesmo com conceitos preventivos bem

estruturados e colocados para os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), a execução e operacionalização dessas medidas é muito precária, principalmente nos idosos, um grupo que deve ser melhor compreendido em suas condições de vida e saúde. O modelo de prevenção de agravos e promoção de saúde foi criado em um mundo com menos pessoas idosas que o atual. O foco, portanto, foi direcionado para os mais jovens, uma característica desse modelo que torna muito difícil a sua aplicação na população idosa.

### 3. CONCLUSÃO

A HAS é uma patologia de curso crônico, manifestada pela elevação dos valores pressóricos de um indivíduo que pode levar a complicações como lesão renal, eventos cardiovasculares e outros diversos agravos de efeito acumulativo ao longo dos anos de evolução da doença. Por ter início muitas vezes insidioso, o seu diagnóstico se torna difícil, e assim, o tratamento precoce para se evitar as complicações nem sempre é realizado. Ainda há a questão da má adesão ao tratamento, que pode ser farmacológico ou não farmacológico (mudança de hábitos de vida como redução da ingestão de sal e gordura, prática de atividades físicas, perda de peso, diminuição do estresse), o que em muitos casos acontece.

A população idosa do Brasil está aumentando, e a tendência é que essa transição demográfica continue no mesmo curso, com uma população cada vez mais composta por idosos. Juntamente ao envelhecimento da população, as DCNT ganham destaque, tendo entre elas a HAS como importante representante.

Socialmente, o papel ou a função desempenhada pelo indivíduo é afetado pela hipertensão, seja pelas sequelas de um infarto agudo do miocárdio (IAM) ou um Acidente Vascular Encefálico (AVE), insuficiência cardíaca, insuficiência renal ou os efeitos colaterais do tratamento medicamentoso, as restrições de dieta e trabalho e a imposição de prática de exercícios. Dessa forma, o acompanhamento de modo sistemático é fundamental para os indivíduos que são acometidos por esse problema, principalmente e de forma especial na APS, que deve ser o serviço mais acessível e próximo desses pacientes.

O envelhecimento populacional atrelado a um aumento no acometimento pelas DCNT levanta um alerta para a necessidade de serem propostas medidas efetivas de controle desses agravos. Porém, os desafios são muitos, e o sistema de saúde do Brasil enfrenta grandes problemas na aplicação de suas medidas de cuidado da população, principalmente dos idosos.

#### 4. REFERÊNCIAS

- BARRETO, M.S. & MARCON, S.S. **Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente.** Texto Contexto Enferm, 23(1), 38-46. 2014.
- BOUNDY, J. et al. **Enfermagem médico-cirúrgica.** 3. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Brasília (DF), 2011.
- BUSSCHE, H.V.D. et al. **Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany.** BMC Public Health, 11(101), 1-9. 2011.
- CARDIOLOGIA, Sociedade Brasileira. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia.** São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v109n1s1/0066-782X-abc-109-01-s1-0001.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2018.
- CONVERSO, M. E. R. & LEOCADIO, P.L.L.F. **Prevalência da Hipertensão Arterial e análise dos fatores de risco nos núcleos de terceira idade de Presidente Prudente.** Ver. Ciências em Extensão V.2, nº1, 2005.
- DUNCAN, B.B. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil:** prioridade para enfrentamento e investigação. Rev Saúde Pública, 46(1), 126-134. 2012.
- FILHO, E.T.C & CURIATI, J.A.E. **Hipertensão Arterial no Idoso.** Arq. Bras. Cardiol. v.41 n.3, São Paulo, 2010.
- GAO, Y. et al. **Prevalence of hypertension in China:** a cross-sectional study. PLoS ONE. 2013;8(6):1-8. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0065938>>. Acesso em: 2 jun. 2018.
- GIROTO, E. & ANDRADE, S.M. **Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família.** Acta Sci, Health Sci. 2009;31(1):77-82. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v31i1.4492>>. Acesso em: 5 mai. 2018.
- GONTIJO, M.F. et al. **Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos:** inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 2012; 28(7): 1337-46. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700012>>. Acesso em: 2 mai. 2018.

GOULART, F.A.A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Disponível em: <[http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas\\_flavio1.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2018.

GUS, I. et al. **Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul**. Arq Bras Cardiol. 2011;83(5):424-28. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2004001700009>>. Acesso em 26 mai. 2018.

HIPERTENSÃO, Sociedade Brasileira. **7ª Diretriz sobre Hipertensão**. São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/medica/diretrizes.asp>>. Acesso em: 21 abr. 2018.

MAUZALTO, A.C.M. **O Controle da Hipertensão Arterial no Idoso**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Obtenção de certificado de especialista) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2014.

MENDES, E.V. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios**. Estudos Avançados, 27(78), 27-34. 2013.

MENEZES, A. M. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**: carga e desafios atuais. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, 2011.

MONTEIRO C. A. et al. **Surveillance of risk factors for chronic diseases through telephone interviews**. Rev Saúde Pública, 39(1):47-57, 2005.

MOREIRA, R.M. **Qualidade de vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil**: uma reflexão teórica. São Paulo (SP): Revista Kairós Gerontologia, 16(1), 27-38. 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17629/13128>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

MOURA, E. C. et al. **Fatores de risco e proteção para doenças crônicas**: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007. Cad. Saúde Pública, 27(3):486-496, Rio de Janeiro, mar. 2011.

OLMOS, R.D. & LOTUFO P.A. **Epidemiologia da Hipertensão Arterial no Brasil e no mundo**. Rev. Bras Hipertens 9: 21-23, 2012.

SANTOS, J.L.F. et al. **A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa**: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. Cad Saúde Pública, 2013. 29(6), 1217-1229.

SCHMIDT, A. et al. **Medida indireta da pressão arterial sistêmica**. Medicina, Ribeirão Preto, 37: 240-245, jul./dez. 2011.

SHOJI, V. M. & FORJAZ C. L. M. **Treinamento físico da hipertensão**. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo, São Paulo, 2010; 10:7-14.

SILVA, M. S. et al. **Risco de doenças crônicas não transmissíveis na população atendida em Programa de Educação Nutricional em Goiânia (GO), Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 19(5):1409-1418, 2014.

TAVARES, D.M. et al. **Sociodemographic characteristics and quality of life of elderly patients with systemic arterial hypertension who live in rural areas**: the importance of nurses' role. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 21(2), 515-522. 2013.

VERAS, R. P. **Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos**. Caderno de Saúde Pública, 28(10):1834-1840, Rio de Janeiro, out. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: World Health Organization; 2011.

XIMENES NETO, F. R. & MELO, J. R. **Controle da hipertensão arterial na atenção Primária em saúde** - uma análise das práticas do Enfermeiro. Enfermería Global, v. 1, n. 6, p. 1-16, 2010.

ZAITUNE, M.P.A. et al. **Hipertensão arterial em idosos**: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. 2006. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000200006](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200006)>. Acesso em: 30 mai. 2018.

ZATTAR, L. C. **Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil**. Cad Saúde Pública. 2013;29(3):507-21. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000300009>>. Acesso em: 10 jun. 2018.