

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS / UFMG  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA**

**HERINETE DA SILVA MESSIAS**

**UM ENFOQUE NA PESSOA IDOSA COM DIFICULDADE DE ADESÃO  
AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO – Projeto de Intervenção**

**CORINTO - MG  
2013**

**HERINETE DA SILVA MESSIAS**

**UM ENFOQUE NA PESSOA IDOSA COM DIFICULDADE DE ADESÃO  
AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO – Projeto de Intervenção**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Eulita Maria Barcelos

**CORINTO - M G  
2013**

**HERINETE DA SILVA MESSIAS**

**UM ENFOQUE NA PESSOA IDOSA COM DIFICULDADE DE ADESÃO  
AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO – Projeto de Intervenção**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Eulita Maria Barcelos

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Eulita Maria Barcelos (orientadora)  
Prof.<sup>a</sup> Matilde Meire Miranda Cadete (UFMG)

Aprovada em Belo Horizonte, 18 de outubro de 2013

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pela vida, pois sem ele nada seria possível.

A minha família pelo apoio e paciência. Aos mestres pela direção, conselhos e incentivo nesta trajetória.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus,

A todos os professores do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, que no seu decorrer partilharam seus valiosos ensinamentos e transformaram por meio do conhecimento.

À orientadora Eulita Maria Barcelos que me acompanhou na construção deste trabalho;

Ao Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica que proporcionou a oportunidade de trabalhar na Atenção Básica e realizar este curso que tanto contribuiu para meu desenvolvimento profissional.

À equipe do Centro de Saúde de Juvenília pela acolhida, confiança e desenvolvimento de um trabalho em equipe, a minha família pelo ajuda e a meus colegas de curso e estrada.

O maior erro que um homem pode cometer é sacrificar a sua saúde a qualquer outra  
vantagem.

Arthur Schopenhauer

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL.....	21
QUADRO 2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA ESTIMATIVA RÁPIDA SEGUNDO A IMPORTÂNCIA, URGÊNCIA E CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO, NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF DE JUVENÍLIA-MG.....	31
QUADRO 3 DESCRITORES DO PROBLEMA DA BAIXA ADESÃO DO PACIENTE IDOSO A TERAPIA ANTI-HIPERTENSIVA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF DE JUVENÍLIA-MG. ....	33
QUADRO 4 DESENHO DE OPERAÇÕES PARA OS “NÓS CRÍTICOS” DO PROBLEMA DA BAIXA ADESÃO DO PACIENTE IDOSO A TERAPIA ANTI-HIPERTENSIVA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF DE JUVENÍLIA-MG.....	38
QUADRO 5 RECURSOS CRÍTICOS PARA O PROBLEMA DA BAIXA ADESÃO DO PACIENTE IDOSO A TERAPIA ANTI-HIPERTENSIVA. ....	40
QUADRO 6 PROPOSTAS DE AÇÕES PARA MOTIVAÇÃO DOS ATORES.....	41
QUADRO 7 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO.....	42
QUADRO 8 ACOMPANHAMENTO DO PLANO DE AÇÃO.....	44

## **LISTA DE SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AVE – Acidente Vascular Encefálico

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

DCV – Doença Cardiovascular

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HA – Hipertensão Arterial

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

MG – Minas Gerais

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

PSF - Programa Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde



## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a doença crônica mais comum entre os idosos, tornando – se, nos últimos tempos, um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Mesmo face à efetividade do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, é uma doença de difícil controle provavelmente devido à baixa adesão ao tratamento. A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo é um desafio enfrentado pelos profissionais da Atenção Básica. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão na literatura sobre o tema em pauta para subsidiar a elaboração de um plano de intervenção com o propósito de aumentar o índice de adesão da pessoa idosa ao tratamento anti-hipertensivo, por meio do planejamento estratégico situacional. Trata-se de um estudo constituído por três momentos: no primeiro momento, foi elaborado o diagnóstico situacional da área de abrangência que possibilitou o conhecimento de vários problemas vivenciados pela comunidade e também vivenciados pela equipe de saúde, dentre eles foi priorizado a dificuldade da pessoa idosa em aderir ao tratamento anti-hipertensivo. No segundo momento, foi realizada a revisão bibliográfica numa abordagem qualitativa, acerca da hipertensão arterial nos idosos, com enfoque na dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. No terceiro momento, elaborou-se o plano de ação que é um projeto de intervenção sobre a baixa adesão da pessoa idosa ao tratamento anti-hipertensivo seguindo os passos preconizados por Campos, Faria e Santos (2010). Espera-se que a ação proposta possa ser efetivada em conjunto com a gestão municipal, equipe de saúde e a população, proporcionando momentos de autonomia e governabilidade nas ações de saúde, melhorando sua qualidade e a qualidade de vida dos idosos.

**Palavras chave:** Hipertensão Arterial Sistêmica. Saúde do Idoso. Tratamento.

## ABSTRACT

The Systemic arterial hypertension is the most common chronic disease among the elderly, becoming the last time a serious public health problem in Brazil and in the world, being one of the most important risk factors for the development of cardiovascular, cerebrovascular and renal. Even in relation to the effectiveness of drug and non-drug treatment is a difficult disease to control probably due to poor adherence to treatment. Non-adherence to antihypertensive treatment is a challenge faced by Primary Care professionals, in this sense, the aim of this paper is to review the literature to support the development of an action plan to increase the rate of adherence to antihypertensive treatment through situational strategic planning. This study consists of three stages: the first stage was elaborated situational analysis of the area covered which allowed the knowledge of various problems faced by the community and also experienced by the healthcare team, including the difficulty was prioritized Elder to adhere to antihypertensive treatment. In the second literature review was performed on a qualitative approach, on hypertension in the elderly with a focus on the difficulty of adherence to antihypertensive treatment. The third moment was elaborated the plan of action is an intervention project on the low adhesion of the elderly to antihypertensive treatment following the steps recommended by Campos, Santos and Faria (2010). It is expected that the proposed action may be made in conjunction with the municipal management, staff health and population, providing moments of autonomy and governance in health care, improving quality and quality of life for seniors.

**Key Words:** Hypertension. Health of the elderly. Treatment.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>15</b>
<b>3 OBJETIVO .....</b>	<b>16</b>
<b>4 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....</b>	<b>17</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>19</b>
<b>5.1 Envelhecimento.....</b>	<b>19</b>
<b>5.2 Hipertensão arterial na pessoa idosa.....</b>	<b>21</b>
<b>5.3 Tratamento anti-hipertensivo .....</b>	<b>24</b>
<b>5.4 Fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo no idoso .....</b>	<b>26</b>
<b>6 PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>47</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo Mano e Pierin (2005), tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, predomina a mortalidade por doença cardiovascular. Como causa isolada, a hipertensão arterial é a mais importante morbidade do adulto. Mesmo face à efetividade do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, é uma doença de difícil controle provavelmente devido à baixa adesão ao tratamento.

Os profissionais da área da saúde devem buscar estratégias para melhorar a adesão dos hipertensos ao tratamento. Nesse sentido, o Programa Saúde da Família (PSF) pode ser útil, pois pode ajudar os hipertensos a obterem o controle da doença no contexto da família. Estima-se que na população adulta brasileira de 15 a 20% são hipertensos, representando um importante problema de saúde pública (BRASIL, 2006). Torna-se, portanto, um importante fator de risco de morbidade e mortalidade de doenças cardiovasculares.

A Hipertensão Arterial (HA) também é uma das três principais doenças cardiovasculares responsável pelas mortes nas sociedades ocidentais segundo a Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2006).

A hipertensão arterial é a doença crônica mais comum entre os idosos, sendo que sua prevalência aumenta progressivamente com a idade. Devido às alterações que ocorrem com o envelhecimento, existe uma tendência de aumento da pressão arterial sistólica (máxima) e a uma estabilização ou até redução, da pressão arterial diastólica (mínima). Porém, níveis pressóricos maiores que 140 mmHg para pressão arterial sistólica e 90 mmHg para pressão arterial diastólica não devem ser considerados normais para o idoso. É uma doença multifatorial e, em idosos, é considerada uma das causas mais importantes de morbimortalidade prematura, pela alta prevalência e por constituir fator de risco relevante para complicações cardiovasculares (AMADO e ARRUDA, 2004).

Segundo Contreiro *et al.* (2009, p. 63) “A prevalência da hipertensão nos idosos é superior a 60%, tornando-se fator determinante na morbimortalidade dessa população, exigindo assim correta identificação do problema e a apropriada abordagem terapêutica”.

Nesse sentido, a adesão ao tratamento da hipertensão arterial é de suma importância e pode ser entendida de acordo com Amado e Arruda (2004) como o grau de coincidência entre o comportamento do indivíduo e a prescrição do

profissional de saúde, sendo assim um processo comportamental complexo, influenciado pelo meio ambiente, pelo sistema de saúde e pelos cuidados de assistência à saúde.

Em estudo realizado por Conteiro *et al.* (2009) foram detectados vários fatores que estão relacionados as dificuldades na adesão dos idosos hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Um dos fatores que pode estar associado é o significado que as famílias e os idosos têm da doença, visto ter sido identificado que a maioria dos entrevistados não sabia definir o que é hipertensão. A compreensão do significado de hipertensão arterial pode estar associada tanto aos valores e crenças que são construídas a partir das interações sociais entre os doentes, familiares, amigos, quanto ao nível de conhecimento que os mesmos têm sobre a doença. Outras dificuldades vivenciadas pelos idosos em relação ao tratamento foram a falta do medicamento e a inadequação na relação entre membros da equipe de saúde e paciente levando à insatisfação desses idosos, constituindo, portanto, um aspecto relevante no processo de adesão ao tratamento.

Ainda foi averiguada no mesmo estudo que a maioria dos idosos relatou apresentar alguma dificuldade na realização do tratamento da hipertensão arterial, sendo estas relacionadas principalmente com os hábitos de vida. Metade dos idosos afirmou já ter interrompido o tratamento da hipertensão arterial em algum momento, o que confirma que o abandono ao tratamento medicamentoso é um dos principais desafios a ser enfrentado pelos profissionais de saúde para controle dos níveis pressóricos de indivíduos. O alto índice de interrupção no uso dos medicamentos indicados ou o uso incorreto dos mesmos chega a atingir 56% dos indivíduos em determinadas populações, confirmando a necessidade de mais ações para o controle eficaz dessa doença no país.

Essa vivência não é diferente no município de Juvenília-MG, onde no dia a dia da prática de enfermagem na unidade de saúde nos deparamos com pacientes, principalmente idosos, com pressão arterial elevada por ter parado o uso dos medicamentos, pois achou que já estava bom, não estava com nenhum sintoma, não estava vendo nenhuma melhora ou esqueceu de tomar o medicamento; talvez por desconhecer a cronicidade da doença e falta de informação de suas consequências; outros ainda referem tomar os medicamentos de forma errada, era para tomar dois tomou um, era para tomar duas vez ao dia tomou uma, ou toma dois

tipos de medicamentos aí tomou dois do mesmo, pois não sabe ler e não tem ninguém para ajudá-lo.

Temos observado que o tratamento não medicamentoso é ainda mais difícil, pois eles referem não gostar de comida sem sal e sem gordura, não ter tempo para as caminhadas, não conseguem parar de fumar. Estes fatos levam à superlotação do serviço e aumenta os casos de pacientes com complicações como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, e o número de internações de pacientes com HAS.

No território da ESF de Juvenília localizada no município de Juvenília-MG percebe-se claramente que a hipertensão atinge o maior número de pessoas em relação às outras doenças. O programa de Saúde da Família (PSF) possui aproximadamente 3.454 pessoas cadastradas, sendo que na faixa etária acima de 15 anos foram registradas 2.529 indivíduos; destes, 606 são hipertensos, considerado um alto índice. Pacientes portadores de diabetes são 60, outras deficiências física e mental acometem 26 pessoas, dependentes de álcool 13 pessoas, epilepsia 7, e doenças de chagas 6 pessoas (SIAB, 2012).

Por meio do diagnóstico situacional realizado na atividade 08 do módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde de autoria de Campos, Faria e Santos (2010), utilizando a observação direta, foram identificados alguns problemas que interferem na saúde, na educação e na qualidade de vida da população. Apontamos a falta de renda, baixo nível de empregabilidade, opções de lazer e falta de pavimentação, alcoolismo, gravidez na adolescência, violência, sistema de saúde deficiente, baixa capacidade da população de se mobilizar e ou se organizar para solucionar problemas, hipertensão e diabetes e sedentarismo entre outros.

Na observação ativa, ficou evidente o sedentarismo, uma vez que a população não possui hábito de praticar nenhum exercício físico apesar de existir duas academias particulares, recentemente instaladas e frequentadas, em sua maioria, por adolescentes e jovens. Raramente se vê pessoas realizando caminhadas. Na unidade de saúde não possui educador físico e a enfermeira da unidade realiza ginástica com os idosos três vezes por semana. Porém a frequência é baixíssima, não existe incentivo para a prática de exercícios físicos por parte da administração pública e muito menos espaço seguro para essas práticas.

Foram evidenciados hábitos alimentares típicos como o uso de gordura animal em grande quantidade, carne vermelha, pouca disponibilidade de frutas e verduras e, conseqüentemente, alto custo o que limita a aquisição desses produtos.

Em relação ao atendimento a saúde, o acompanhamento dos hipertensos é deficiente devido à grande demanda e, ainda, na unidade não possui grupo operativo de hipertensos. A cidade não possui Pronto Atendimento, Hospital nem Serviço de Atendimento Móvel de Saúde. O hospital e o Serviço de Atendimento Móvel de Saúde mais próximos ficam na cidade de Montalvânia-MG.

A unidade de Saúde da Família de Juvenília surgiu entre 1998 e 1999. Atualmente funciona como um centro de saúde. A ESF e o Posto de Saúde funcionam juntos, o prédio é considerado pequeno e a estrutura é inadequada, considerando o funcionamento das duas equipes e a demanda. O ESF não funciona adequadamente, pois se mistura muito com o atendimento do Posto de Saúde, devido à grande demanda e também há falta de Pronto Atendimento na cidade e a grande rotatividade do profissional médico.

## 2 JUSTIFICATIVA

Justifica-se esta pesquisa pelo fato de que a baixa adesão ao tratamento medicamentos ou não tem papel de destaque no controle da doença cardiovascular. Acredita-se ser de extrema importância realizar uma revisão na literatura sobre os fatores associados à dificuldade dos idosos na adesão ao tratamento anti-hipertensivo e o uso incorreto dos medicamentos. O estudo de cada um destes fatores, bem como de suas inter-relações, é de grande relevância, pois permite evidenciar variáveis, oferecendo, dessa maneira, subsídios para a formulação de estratégias que venham solucionar o problema e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos hipertensos.

Neste sentido, cabe à equipe de saúde da família tomar medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos em idosos, que abandonam os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos.

A grande importância deste estudo para minha vida profissional é melhorar a qualidade da assistência que é prestada pela equipe do PSF aos pacientes na faixa etária 60 e mais aos portadores de hipertensão arterial que tem dificuldade na adesão ao tratamento.

Um dos problemas mais enfrentado pela equipe é a grande demanda por atendimento e pacientes hipertensos com pressão arterial descompensada é muito comum entre esses atendimentos, em sua maioria, composta por idosos, que não usam os medicamentos prescritos ou usam-nos de maneira incorreta por vários motivos relacionados aos pacientes e também a equipe que não deixa de ser responsável por essa condição. Daí surgiu a necessidade de analisar e entender quais os fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo para ajudar a equipe a trabalhar de maneira efetiva frente a esse problema tão comum e proporcionar aos idosos uma melhor qualidade de vida evitando as conseqüência da hipertensão arterial.



### **3 OBJETIVO**

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar a adesão da pessoa idosa ao tratamento anti-hipertensivo.

## 4 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo constituído por três momentos.

**Primeiro momento:** foi elaborado o diagnóstico situacional da área de abrangência que possibilitou o conhecimento de vários problemas vivenciados pela comunidade e também vivenciados pela equipe de saúde. Dentre os inúmeros problemas foi priorizada a dificuldade da pessoa idosa em aderir ao tratamento anti-hipertensivo.

Entende-se que um problema é uma situação inaceitável e discrepante com o ideal desejado, porém com possibilidade de transformação para o almejado (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

**Segundo momento:** revisão bibliográfica numa abordagem qualitativa, acerca da hipertensão arterial nos idosos com enfoque na dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, suas consequências e fatores associados à dificuldade dos idosos na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

O estudo qualitativo está direcionado para a investigação dos significados das relações humanas, em que suas ações são influenciadas pelas emoções e/ou sentimentos aflorados diante das situações vivenciadas no dia-a-dia (FIGUEIREDO, 2008).

A pesquisa bibliográfica procura explicar e discutir um tema com base em referências teóricas publicadas em livros, revistas, periódicos e outros. Busca também, conhecer e analisar conteúdos científicos, colocando o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, sendo uma ação sobre material já produzido (GIL, 2007; MARCONI e LAKATOS, 2007).

Desta forma, segundo os autores, a pesquisa bibliográfica não é apenas uma mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre determinado assunto, mas sim, proporciona o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras.

Para a realização do referido estudo foi realizada uma revisão bibliográfica - tipo narrativa. Optou-se por trabalhar com revisão narrativa, pela possibilidade de

acesso às experiências de autores que já pesquisaram sobre o assunto, e ainda porque permite a escolha daquilo que se deseja narrar.

A busca de materiais científicos foi realizada por meio de consulta na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), tais como a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e o *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), bem como a Biblioteca Virtual NESCON e dados do SIAB do PSF de Juvenília-MG, com recorte temporal abrangendo o período de 2000 a 2013. Foram usados os descritores: hipertensão arterial sistêmica, saúde do idoso e tratamento.

Inicialmente, foi realizada a leitura dos resumos para identificar a pertinência ao objeto de estudo. Depois do levantamento das publicações, realizou-se uma leitura criteriosa selecionando as citações que atendem ao propósito do trabalho e posteriormente foi feita a interpretação das evidências oriundas dos artigos que serviram de base para elaboração da revisão de literatura e do plano de ação.

Os critérios de inclusão foram: artigos originais publicados entre os anos de 2000 e 2013, com textos completos disponíveis *on-line* e publicados nos idiomas: português, espanhol ou inglês.

**Terceiro momento:** elaboração do plano de ação que é um projeto de intervenção sobre determinado problema detectado e que necessita ser solucionado. Contudo, deve-se considerar a viabilidade de gerenciar o plano para obter os resultados desejados (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

Na contextualização conceitual serão abordados: o conceito de envelhecimento, aspectos gerais da hipertensão arterial na pessoa idosa, tratamento anti-hipertensivo e fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo no idoso.

### 5.1 Envelhecimento

O envelhecer é vivenciado pela maioria da população brasileira. É um processo natural que começa no nascimento e se prolonga por todas as fases da vida. Definir envelhecimento é algo muito complexo, não sendo possível escolher um indicador único, mas sim um indicador que contemple outros aspectos do processo de envelhecimento (MINAS GERAIS, 2006).

Para Rodrigues e Soares (2006, p.2) o “envelhecimento é um processo vitalício e os padrões de vida que promovem um envelhecimento com saúde são formados no princípio da vida”.

Dentro da visão de Papaléo Netto (2002) citado por Figueiredo e Tonini, (2009, p.31), “o envelhecimento é um processo, a velhice é uma fase da vida e o velho ou o idoso é o resultado final”.

Pode-se entender que o envelhecimento ou senescência pode ser compreendido como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos (BRASIL, 2007).

Já o envelhecimento populacional é a mudança na estrutura etária da população, ou seja, é um aumento no número de pessoas acima de determinada idade, no caso do Brasil as pessoas a partir de 60 anos são consideradas que estão no início da velhice (BRASIL, 2010).

Ficou constatado que a população idosa brasileira tem aumentado de forma rápida e em termos proporcionais. Dentro desse grupo de pessoas idosas, os considerados mais idosos ou idosos em velhice avançada (de idades igual ou maior que 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais rápida, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos,

sendo hoje 12,8% da população idosa e 1,1% da população total (BRASIL, 2007 e BRASIL, 2010).

O mundo está envelhecendo. Para o ano 2050, estima-se que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. Esse envelhecimento populacional está ocorrendo devido à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. O envelhecimento não é igual para todos os seres humanos, pois sofre influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia (BRASIL, 2007).

Está advindo uma mudança no perfil demográfico da população brasileira que é acompanhada por alterações epidemiológicas. Entre estas alterações destaca-se a incidência de doenças crônicas degenerativas (WHEBERTH, 2011).

Dentre estas se destaca a hipertensão arterial que constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade. É considerado um problema de saúde pública, um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e doença renal crônica. É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronariana. Estas complicações podem ser desencadeadas principalmente devido a não adesão ao tratamento ou uso inadequado dos medicamentos (BRASIL, 2006 e DANTAS 2011).

Lopes (2012) afirma que o diagnóstico precoce e o tratamento adequado e contínuo são essenciais para o controle da hipertensão e prevenção e redução de complicações. No Brasil, existe um número razoável de hipertensos que abandonam o tratamento ou não fazem o controle adequado por falta de conhecimento da doença, condições econômicas e dificuldades assistenciais.

Diante do exposto, o cuidado da população idosa deve envolver a equipe de saúde, o próprio idoso e a sua família. Tem como maior desafio o de contribuir para que esses idosos possam redescobrir possibilidades de viver com o máximo de qualidade possível. Para que isso ocorra, a sociedade deve começar a considerar o contexto familiar e social para reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas tirando a ideia de limitação e desvalorização que se tem desse grupo. A preocupação do Ministério da Saúde com a saúde da população idosa brasileira nos

últimos tempos esta explicitada, tanto que no Pacto pela vida a saúde do idoso aparece como prioridade (BRASIL, 2010).

## 5.2 Hipertensão arterial na pessoa idosa

“Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva” (BRASIL, 2006, p. 14).

Veja no Quadro 1 a classificação da pressão arterial.

**Quadro 1** Classificação da pressão arterial

<b>Classificação</b>	<b>PAS (mmHg)</b>	<b>PAD (mmHg)</b>
Normal	<120	<80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
<b>Hipertensão</b>		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	>160	≥ 100

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica; n.16, p.14. 2006.

O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.

Seguindo uma tendência mundial, os agravos decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis têm sido as principais causas de óbito na população idosa. Se analisar causas específicas, as doenças cerebrovasculares ocupam o primeiro lugar e as doenças cardiovasculares o segundo lugar em mortalidade no Brasil, considerando tanto idosos quanto na população geral. Provavelmente, um dos fatores mais importantes seja a alta prevalência de hipertensão arterial na população brasileira e o não tratamento ou o tratamento inadequado dessa doença, visto que a hipertensão arterial é considerada o principal fator modificável da doença cerebrovascular (BRASIL, 2010).

Em particular, quando se trata da pessoa idosa, segundo Schroeter *et al.* (2007), a prevalência da hipertensão aumenta com a idade e sua magnitude depende dos aspectos biológicos, do estilo de vida predominante em cada uma delas, do ambiente físico e psicossocial.

O desenvolvimento de HAS aumenta conforme aumenta a idade. Algumas análises demonstram que pacientes normotensos com mais de 60 anos de idade têm probabilidade próxima a 90% de desenvolver HAS até o final da vida. Na pessoa idosa, a hipertensão decorre mais frequentemente da elevação da pressão sistólica, o que leva a aumento da pressão de pulso, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares (BRASIL, 2006).

Segundo Miranda *et al.* (2002), as alterações das propriedades vasculares da aorta, que ocorrem com o envelhecimento, têm importante papel na gênese e progressão da HAS. Como por exemplo, dos 20 aos 80 anos de idade, o diâmetro aórtico aumenta em 15% a 35%, ocorrendo assim uma distorção da orientação laminar das fibras murais, fragmentação da elastina e aumento do conteúdo de colágeno, ocasionando uma diminuição da elasticidade do tecido conjuntivo, que somada à arteriosclerose determina um aumento da resistência vascular periférica e da impedância da aorta. Isso faz com que a velocidade da onda de pulso (VOP) aumente e esse aumento é acompanhado também de um aumento da velocidade da onda reflexa, que retorna da periferia para a circulação central. Nos idosos, a onda reflexa retorna à aorta ascendente durante a sístole, contribuindo para uma elevação ainda maior da pressão sistólica. Dessa forma, o endurecimento da aorta contribui muito para a ocorrência da hipertensão sistólica isolada nos idosos assim, o aumento da prevalência de HAS no idoso ocorre principalmente devido ao aumento da frequência de hipertensão sistólica isolada (HSI).

Para Gonzaga, Souza e Amodeo (2009), com o avançar da idade, ocorre maior produção de colágeno pelas células musculares lisas da aorta, e ainda aumento da sensibilidade ao sódio e deficiência de óxido nítrico o que leva a um aumento do estresse oxidativo. Essas alterações associadas ao fenótipo das células musculares lisas da aorta modificadas favorecem a vasoconstrição e diminuem a complacência arterial. Esses fatores, atuando em associação, interferem na distensibilidade dos vasos, causando grandes aumentos na pressão arterial sistólica, pressão de pulso, rigidez arterial e na velocidade de onda de pulso.

Segundo Gonzaga, Souza e Amodeo (2009), a fadiga das fibras e lâminas de elastina pelo acúmulo cíclico de estresse que ocorre com a idade favorece fraturas e desarranjos da elastina que levam a mudanças estruturais da matriz extracelular com proliferação de colágeno e deposição de cálcio. Fatores humorais, citocinas e metabólitos oxidativos também podem atuar como mecanismos patogênicos. Esse processo patológico, classicamente denominado arteriosclerose, resulta em aumento da rigidez arterial da parede aórtica independente da pressão arterial. O diâmetro é o maior determinante da impedância vascular. Na hipertensão, os diâmetros braquiais e aórticos estão aumentados.

Os vasos sanguíneos por todo o corpo, principalmente nos órgãos-alvo, como o coração, rins, cérebro e olhos podem ser lesionados quando ocorre elevação prolongada da pressão arterial, trazendo como consequências usuais da hipertensão prolongada e descontrolada o infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, acidentes vasculares cerebrais e comprometimento visual. Além disso, o ventrículo esquerdo do coração torna-se aumentado (hipertrofia ventricular esquerda), à medida que ele trabalha para bombear o sangue contra a pressão (SMELTZER e BARE, 2002).

As autoras enfatizam que as alterações estruturais e funcionais no coração e nos vasos sanguíneos contribuem para o aumento da pressão arterial que ocorrem como avançar da idade. Essas alterações incluem o acúmulo da placa aterosclerótica, a fragmentação das elastinas arteriais, os depósitos aumentados de colágeno e a vasodilatação comprometida. O resultado dessas alterações é uma diminuição na elasticidade dos principais vasos sanguíneos. Por conseguinte, a aorta e as grandes artérias são menos capazes de acomodar o volume de sangue bombeado pelo coração, a energia que teria de estirar os vasos em vez disso eleva a pressão arterial sistólica. A hipertensão sistólica isolada é mais comum nos idosos.

Resumidamente, segundo Cavagna, (1998) citado por Converso e Leocádio (2005), a hipertensão na pessoa idosa se caracteriza por apresentar aumento da resistência periférica com decréscimo do débito cardíaco e volume intravascular, hipertrofia cardíaca concêntrica, redução da frequência cardíaca e volume sistólico, e ainda gasto cardíaco elevado.

Apesar de ter mais idosos com HAS, se comparados com o número de jovens, a taxa de controle da Hipertensão no idoso é bem menor isto por ser um grupo com maiores dificuldades de tratamento. Para o tratamento do idoso



hipertenso, além da estratificação de risco, é fundamental a avaliação de comorbidades e do uso de medicamentos. O objetivo do tratamento é a redução gradual da pressão arterial para níveis abaixo de 140/90 mmHg, pois quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos (BRASIL, 2006).

### **5.3 Tratamento anti-hipertensivo**

No que se refere à terapêutica medicamentosa, o médico utiliza dados da história de vida do paciente e da avaliação dos fatores de risco e a categoria da pressão arterial para a escolha dos planos de tratamento inicial e subsequente. Dentre eles a perda de peso, a redução do consumo de álcool e sódio e a atividade física regular são adaptações efetivas do estilo de vida para reduzir a pressão arterial (SMELTZER e BARE, 2002).

A Hipertensão Arterial é considerada uma doença que requer o uso de medicamentos por toda vida. O controle da hipertensão é realizado por meio de tratamento medicamentoso contínuo com o uso de um único medicamento ou a associação de dois ou mais medicamentos, e não farmacológico por meio de mudanças no estilo de vida que envolve prática de atividade física, alimentação saudável, entre outros, exigindo de seus portadores controle durante toda a vida. Isso dificulta a adesão ao tratamento, gerando um sério problema de saúde pública.

O objetivo do tratamento é manter os níveis pressóricos de acordo com os índices preconizados pelo Ministério da Saúde, prevenir e reduzir o índice de complicações inerentes à doença e evitar descompensações que coloquem o indivíduo hipertenso em risco de vida, além de aliviar os sintomas e evitar internações (LOPES, BARRETO-FILHO e RICCIO, 2003; LOPES, 2010 e FIRMO, LIMA-COSTA e UCHOA, 2004).

O tratamento adotado deve ser individualizado respeitando a idade, limitações do idoso, presença de outras comorbidades, capacidade de percepção da hipotensão, estado mental, usos de outras medicações, dependências de álcool e tabagismo (BRASIL, 2006).

No intuito de um maior controle no tratamento e acompanhamento do paciente, o Ministério da Saúde implantou no Sistema Único de Saúde (SUS) o

programa Hiperdia, o qual se destina ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus (CONTEIRO *et al.*, 2009).

Os profissionais da Atenção Básica têm primordial participação no funcionamento e sucesso desse programa e também nas outras estratégias de controle da hipertensão arterial.

Talvez uma das atividades mais árduas que os profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso seja conseguir que estes pacientes não abandonem o tratamento, considerando ainda que muitos pacientes hipertensos também têm outras doenças associadas como diabetes, dislipidemia, obesidade entre outras, o que traz importantes implicações em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de várias condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação, deve-se considerar as possíveis interações medicamentosas e efeitos adversos (BRASIL, 2006).

Miranda *et al.* (2002) abordam que os pacientes devem ser educados em relação à doença durante as consultas e, sempre que possível, em grupos com assistência multiprofissional. A escolha do anti-hipertensivo deve ser cuidadosa, atentando-se para o número de tomadas diárias, interação medicamentosa e especialmente para os outros problemas de saúde do idoso.

Em relação ao tratamento não farmacológico, o Ministério de Saúde (BRASIL, 2006) preconiza que as mudanças dos estilos de vida, tanto individual ou coletiva, são essenciais para a prevenção da hipertensão arterial e para alcançar as medidas pressóricas adequadas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Neste sentido, as mudanças de hábitos de vida que devem ocorrer são redução do peso corporal, dieta hipossódica e balanceada, aumento da ingestão de frutas e verduras, redução do consumo de bebidas alcoólicas, a realização de exercícios físicos, a diminuição do tabagismo e a substituição da gordura saturada por poliinsaturados e monoinsaturados. Sendo esses hábitos implementados, pode ser dispensada a terapia farmacológica ou a dose ou quantidade de drogas pode ser reduzida (CASTRO, ROLIM e MAURÍCIO, 2005).

Segundo os mesmos autores pessoas com maior risco cardiovascular devem ser constantemente orientadas sobre a importância e os benefícios das mudanças no estilo de vida, em cada encontro sobre saúde ou atendimento na unidade de saúde. Estas medidas, além do baixo custo e do risco mínimo, aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso.

A equipe de saúde deve trabalhar para auxiliar o indivíduo a incorporar estas práticas e atingir os objetivos e as metas propostas no tratamento.

De acordo com informações da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006, p. 40), “modificações no estilo de vida favorecem a redução dos valores de pressão arterial, prevenindo os riscos hipertensivos, principalmente acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca e insuficiência renal e os riscos ateroscleróticos”.

O Ministério de Saúde (BRASIL, 2006) aponta que as intervenções não farmacológicas são uma alternativa de baixo custo, risco mínimo e apresenta uma grande eficácia na diminuição da pressão arterial.

A respeito da promoção à saúde, são fundamentais as ações direcionadas à educação e à prática de prevenção dos fatores de risco, já que se pretende vislumbrar uma boa qualidade de vida à população. Dessa forma, agenciar a saúde sugere ajudar os indivíduos a promoverem hábitos saudáveis. Sendo assim, mudar os hábitos torna-se mais fácil quando a pessoa hipertensa é estimulada ao longo do tratamento, sendo necessário que o indivíduo procure adaptar-se à cronicidade da doença e aderir ao tratamento farmacológico e mudanças nos hábitos de vida.

#### **5.4 Fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo no idoso**

A falta de adesão ao tratamento é uma dificuldade na assistência efetiva aos pacientes, pois envolvem esforços dos profissionais da saúde. A utilização dos recursos disponíveis é principalmente a colaboração e o envolvimento da pessoa doente no seu próprio cuidado e, muitas vezes, também o envolvimento dos familiares do paciente; resumindo é necessário um trabalho em equipe.

Nessa perspectiva, conhecer os fatores que interferem na adesão ao tratamento de qualquer patologia em determinada população auxilia a equipe de saúde da Atenção Básica no estímulo ao paciente para realização de um tratamento efetivo. Segundo Busnello (2001) citado por Dantas (2011.p.8) “a não adesão ao tratamento proposto pode resultar em grande prejuízo a saúde do paciente, sequelas irreparáveis e até mesmo a morte”.

Em estudo realizado por Contiero *et al.*(2009) onde se investigou as dificuldades dos idosos na adesão ao tratamento da hipertensão arterial, foram

constatados alguns fatores que podem estar associados a baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo nessa população:

- **Significado que as famílias e idosos têm da doença:** a maioria das pessoas não sabe definir o que é hipertensão, a compreensão do significado de hipertensão arterial pode estar associada tanto aos valores e crenças que são construídas a partir das interações sociais entre os doentes, familiares, amigos, quanto ao nível de conhecimento que os mesmos têm sobre a doença.
- **Desconhecimento quanto à cronicidade da doença:** quando questionados sobre os sintomas os idosos e familiares conseguiram identificar alterações na pressão arterial, porém apresenta desconhecimento quanto à cronicidade desta condição, isso por que a hipertensão arterial raramente apresenta algum sintoma ou desconforto físico, o que pode contribuir para o portador não se comprometer com o tratamento correto e adequado necessário ao seu controle.
- **Baixa adesão ao serviço de saúde:** no que diz respeito ao tratamento da hipertensão arterial, a maioria dos idosos não comparecerem a UBS e nem as atividades do Hiperdia devido às vezes, a uma avaliação negativa do serviço, representada pela demora no atendimento e baixa eficácia do tratamento e em outras porque existe a possibilidade de acompanhamento com o médico especialista.
- **Resistência para mudança do estilo de vida:** chama a atenção no estudo o fato de apenas um idoso referir que associa o tratamento medicamentoso a outros métodos alternativos, tais como chás e mudanças no estilo de vida, os outros relataram apresentar alguma dificuldade na realização do tratamento da hipertensão arterial, sendo estas relacionadas principalmente com os hábitos de vida como dificuldade para parar de fumar, a comida sem sal é ruim, não ter tempo para realizar exercícios físicos.
- **Falta de medicamentos:** outra dificuldade vivenciada pelos idosos em relação ao tratamento também é a falta do medicamento, muitas vezes o idoso tem que desembolsar dinheiro para adquirir alguns medicamentos que não é oferecido na rede pública ou ainda estar em falta na farmácia da atenção básica.
- **Despreparo dos profissionais de saúde:** a inadequação na relação entre membros da equipe de saúde e paciente tem sido identificada como fator de insatisfação dos idosos, constituindo, portanto, um aspecto relevante no processo de adesão ao tratamento.

- **Crenças populares e efeitos colaterais dos medicamentos:** outro fator importante encontrado é que quase metade dos idosos no estudo afirmou já ter interrompido o tratamento da hipertensão arterial em algum momento por vários motivos entre eles: efeito que o medicamento causa, por não estar sentindo nada ou agora já se sentindo bem, são muitos medicamentos, tem medo de ficar dependente dos medicamentos.

Gusmão *et al.* (2009) também destacam alguns fatores que interferem na não adesão ao tratamento anti-hipertensivo no idoso. Esses fatores estão relacionados com a doença, com o cuidador, com o sistema e a equipe de saúde.

- **A falta de sintomas na hipertensão arterial:** pode ser que uma doença crônica com ausência de sintomas e complicações tardias dificulta em muito a sua valorização piorando a adesão.
- **Outras comorbidades associadas à hipertensão:** as comorbidades (osteoartrose, síndrome demencial – Alzheimer, vascular) presentes e mais frequentes nessa população idosa dificultam algumas estratégias de tratamento como atividades aeróbias e uso regular de medicamentos.
- **O comprometimento do cuidador:** esse fator pode influenciar diretamente a adesão ao tratamento principalmente em pacientes idosos com várias comorbidades. O cuidador tem de ser encorajado pela equipe de saúde a intervir no tratamento, pois, quanto mais comprometido estiver o cuidador, mais fácil será o tratamento.
- **Relação da equipe-paciente:** um bom relacionamento equipe-paciente pode melhorar a adesão ao tratamento assim como um relacionamento deficiente pode levar a baixa adesão. A assistência prestada por uma equipe multiprofissional com o enfoque diferenciado do médico, da enfermeira, nutricionista, psicóloga e assistente social é fundamental para o bom tratamento de uma doença crônica.
- **Fatores referentes ao sistema de saúde e à instituição:** serviços de saúde pouco desenvolvidos, sistema de distribuição de medicamentos ineficaz, sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde com consequente redução de tempo nas consultas e aumento no tempo de espera, dificuldade de acesso ao serviço e distância, falta de conhecimento e de treinamento de funcionários administrativos e de saúde, incapacidade do sistema para educar pacientes e prover seguimento são os principais fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento.

Dantas (2011, p. 21) aborda a existência de vários outros fatores que influenciam na adesão ao tratamento da hipertensão arterial como: “baixa escolaridade, raça/etnia, sedentarismo, a falta de exercícios físicos, não realização da dieta indicada, alcoolismo e tabagismo”.

Gus *et al.* (2004) evidenciaram, ao comparar indivíduos classificados como normais com os hipertensos, que a idade elevada, a menor escolaridade, a obesidade, o diabetes, a hipercolesterolemia e o sedentarismo apresentam associação significativa com a prevalência da hipertensão arterial sistêmica. Essas condições acabam sendo fator complicador para a prevenção e o tratamento da HAS.

Para Cesarino *et al.* (2008), indivíduos com menor escolaridade apresentam maior prevalência de HAS em comparação aos de maior escolaridade, assim como são observadas taxas maiores de doença cardiovascular (DCV) nos níveis socioeconômicos mais baixos. Essas duas condições desempenham importante papel nas condições de saúde em decorrência de vários fatores, como por exemplo, acesso ao sistema de saúde, grau de informação, compreensão do problema e adesão ao tratamento.

Segundo estudo realizado por Zaitune *et al.* (2006), idosos hipertensos com maior nível de escolaridade reconhecem mais a prática de atividade física e o uso de dietas como estratégias de controle da hipertensão arterial que os de menor escolaridade, e ainda incorporam essas atividades nas suas práticas de controle da doença se comparada aos de menor escolaridade.

Castro (2000) citado por Dantas (2011) refere-se que os pacientes justificam as irregularidades na ingestão dos medicamentos pelo baixo poder aquisitivo, pela falha na distribuição gratuita por parte dos serviços de saúde onde muitas vezes faltam medicamentos; por causa dos efeitos colaterais e pela dificuldade que enfrentam para se acostumar a tomar os medicamentos na hora certa, dose e medicamento certo, pois muitos deles não sabem ler tem dificuldade de enxergar e esquecem com frequência de tomar os medicamentos.

Para Fagard (2005), as pessoas ociosas apresentam maior risco para desenvolverem hipertensão arterial do que as ativas.

A obesidade é um fator importante responsável pela hipertensão arterial sistêmica chegando ser relacionada como causa dessa doença em mais de 30% dos hipertensos (SOUZA *et al.*, 2007).

Segundo Minas Gerais (2006), para prevenção primária ou secundária de doenças cardiovasculares, os exercícios físicos devem ser constituídos por atividades aeróbicas, porém, essas atividades físicas devem ser iniciadas após avaliação do médico.

Para Cornelissen e Fagard (2005), um fator que deve ser considerado na não adesão ao tratamento anti-hipertensivo é a falta de uma dieta equilibrada e de uma alimentação saudável. Sendo altamente recomendado o consumo de frutas, verduras, cereais, leite desnatado e derivado, fibras, potássio, cálcio e magnésio e redução significativa no consumo de sal, de carboidratos, açúcares, de gorduras saturadas e colesterol, devido aos evidentes benefícios.

O consumo de bebidas alcoólicas também interfere no tratamento da hipertensão. Em estudo realizado por Souza *et al.* (2007), pessoas que possuíam hábito de etilismo diário ou semanal apresentam maior incidência de pressão arterial elevada, dependendo da quantidade e do tempo de exposição.

Em relação ao tabagismo, estudos indicam que o hábito de fumar atual ou anterior aumenta em 36% a chance de hipertensão arterial referida em pessoas idosas (CONTIERO *et al.*, 2009).

A incapacidade física ou presença de alguma deficiência é outro fator que prejudica ou até mesmo inviabiliza a adesão ao tratamento medicamentoso. E para agravar a situação, muitos idosos moram sozinhos impedindo-os de fazerem o uso correto da medicação e o tratamento (MARQUEZ, VEGAZO e CLAROS, 2005).

Quanto ao estilo de vida e variáveis relacionadas à saúde, as pessoas que fazem uso regular de bebidas alcoólicas, os ex-fumantes, aqueles com excesso de peso e com circunferência da cintura aumentada apresentaram maior prevalência de HA (JARDIM *et al.* 2007).

Os profissionais de saúde devem conscientizar os idosos que apresentam dificuldades de adesão ao tratamento prestando-lhes esclarecimentos quanto à doença, a importância do tratamento e as possíveis complicações que podem ocorrer se não seguir o tratamento correto. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde têm papel importante como facilitadores desse processo, transmitindo confiança, informações, monitoramento, encontrando soluções e contribuindo para o aumento do número de idosos aderidos ao tratamento.

## 6 PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO

O Planejamento Estratégico Situacional é um importante instrumental de planejamento e gestão que permite priorizar as ações conforme a capacidade real de execução.

O objetivo do plano de intervenção é aumentar o número de adesão de idosos ao tratamento anti-hipertensivo.

Nessa perspectiva, a proposta de intervenção para o Centro de Saúde de Juvenília-MG foi elaborado por meio do Planejamento Estratégico Situacional Simplificado, de acordo com os passos a seguir.

### ➤ Primeiro Passo

No momento explicativo, o primeiro passo foi possível identificar, utilizando a estimativa rápida, os principais problemas da área de abrangência:

- Alto índice de pacientes com Hipertensão arterial;
- *Baixa adesão do paciente idoso a terapia anti-hipertensiva;*
- Acompanhamento deficiente dos hipertensos;
- Despreparo da equipe de saúde;
- Falta de equipamentos, insumos materiais e recursos humanos.

### ➤ Segundo Passo

Neste momento, foi realizada a priorização dos problemas. Após a identificação, tornou-se necessária a seleção daqueles problemas que seriam enfrentados, isso por que, dificilmente, todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, devido à falta de recursos financeiros, humanos, materiais entre outros. Como critério de seleção foi considerado a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade da equipe para enfrentá-los, conforme o Quadro 2.

**Quadro 2** Priorização dos problemas identificados na estimativa rápida segundo a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, na área de abrangência da ESF de Juvenília-MG.

ESF de Juvenília-MG/Priorização dos Problemas				
PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIAS	CAPACIDADE DE	SELEÇÃO



			ENFRENTAMENTO	
Alto índice de pacientes com Hipertensão arterial	Alta	05	Fora	03
Baixa adesão do paciente idoso a terapia anti-hipertensiva	Alta	07	Parcial	01
Acompanhamento deficiente dos hipertensos	Alta	05	Dentro	02
Despreparo da equipe de saúde	Alta	04	Parcial	05
Falta de equipamentos, de insumos materiais e recursos humanos	Alta	04	Fora	04

Explicação de cada item da tabela de acordo com Campos, Faria e Santos (2010)

- **Importância** - significa o grau de importância desta patologia na comunidade os valores atribuídos são alto, médio e baixo.
- **Urgência** - o grau de urgência que a patologia apresenta são atribuídos números, isto é, quanto mais alto é o número maior é o grau de urgência.
- **Capacidade de enfrentamento** - a capacidade que a equipe possui para combater a patologia está fora, dentro ou parcial dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.
- **Seleção** - significa qual é a prioridade que a equipe estabeleceu para cada problema identificado.

A alta incidência de idosos portadores de Hipertensão Arterial que não aderem ao tratamento tornou-se um desafio para a equipe da ESF devido a sua importância e as eventuais complicações que podem ocorrer. Sendo assim o problema selecionado pela equipe como prioritária foi à baixa adesão do paciente idoso a terapia anti-hipertensiva.

#### **Metas estabelecidas:**

- Reduzir a prevalência de consumo de álcool e tabaco em idosos;
- Aumentar a prevalência de atividade física em idosos;
- Aumentar o consumo de frutas e hortaliças em idosos;

- Reduzir o consumo diário de sal em idosos;
- Monitorar a pressão arterial dos idosos hipertensos que não aderem ao tratamento quinzenalmente;
- Monitorar a adesão ao tratamento farmacológico.

➤ **Terceiro passo**

Ainda no momento explicativo, no terceiro passo ocorreu a descrição do problema selecionado. Foram definidos descritores e um indicador para que se pudesse avaliar a assistência prestada.

**Quadro 3** Descritores do problema da baixa adesão do paciente idoso a terapia anti-hipertensiva na área de abrangência da ESF de Juvenília-MG.

Descritores do problema baixa adesão do paciente idoso a terapia anti-hipertensiva-ESF de Juvenília-MG		
Descritores	Valores	Fontes
Idosos cadastrados	608	SIAB
Hipertensos cadastrados	554	SIAB
Idosos hipertensos cadastrados	305	Registro da equipe
% de hipertensos acompanhados pela unidade de saúde	15,55	SIAB
Idosos hipertensos que não fazem o uso correto dos medicamentos	194	Registro da equipe
Idosos Sedentários	214	Registro da equipe
Idosos tabagistas	96	Registro da equipe
Idosos com Complicações da HAS (IAM e AVC)	49	Registro da equipe

De acordo com os dados do quadro acima o acompanhamento dos hipertensos é baixa devido a grande demanda na Unidade de Saúde.

➤ **Quarto passo:** explicação do problema

Tem como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas.

## 1. Causas relacionadas aos pacientes:

### ➤ *Nível de informação:*

- *Significado que as famílias e idosos têm da doença:*
  - Não sabem definir o que é hipertensão;
  - Valores e crenças que são construídas a partir das interações sociais entre os pacientes, familiares, amigos;
  - Nível de conhecimento que os mesmos têm sobre a doença;
  - Escolaridade.
- *Desconhecimento quanto à cronicidade da doença:*
  - Desconhecimento quanto à cronicidade, levando o portador a não se comprometer com o tratamento correto e adequado necessário ao seu controle.

### ➤ *Baixa adesão ao serviço de saúde:*

- A maioria dos idosos não compareceu à UBS e nem às atividades do Hiperdia devido às vezes, a uma avaliação negativa do serviço, representada pela demora no atendimento e baixa eficácia do tratamento.

### ➤ *Crenças populares e efeitos colaterais dos medicamentos:*

- Muitos idosos relatam que deixaram de tomar o remédio por causa do efeito e também por não estarem sentindo nada ou medo de ficarem dependentes do medicamento.

### ➤ *Poder Sócio econômico:*

- Muitos idosos referem que os medicamentos que não tem na farmacinha são caros e o salário e pouco ai não da para comprar.

### ➤ *Morar sozinho:*

- Morar sozinho e um fator limitante por que os idosos esquecem com frequência de tomar os medicamentos, toma o comprimido errado, não se alimenta bem e não tem nenhum familiar para orienta ló no dia a dia.

### ➤ *Incapacidade física ou presença de alguma deficiência:*

- Limita a locomoção do idoso e dificulta a realização de atividade física.

### ➤ *Resistência para mudança do estilo de vida:*

- Os idosos apresentam dificuldade principalmente para as mudanças nos hábitos de vida e muitos referem ter dificuldade para parar de fumar, que

a comida sem sal é ruim, não ter tempo para realizar exercícios físicos, diminuir o álcool.

- *Outras comorbidades associadas à hipertensão:*
  - Doenças como a osteoartrose, a síndrome demêncial (Alzheimer) e vascular dificultam algumas estratégias de tratamento como atividades aeróbias e uso regular de medicamentos.
- *A falta de sintomas na hipertensão arterial:*
  - Por ser que uma doença crônica com ausência de sintomas e complicações tardias dificulta em muito a sua valorização piorando a adesão dos pacientes.
- *O comprometimento do cuidador:*
  - Os cuidadores não comprometidos pode influenciar diretamente a adesão ao tratamento principalmente em pacientes idosos com várias comorbidades.
- *Dificuldade de acesso ao serviço:*
  - Muitas vezes, a distância do serviço de saúde dificulta o acesso do idoso, dificuldade de marcar ficha, as grandes filas de espera desanima o idoso a procurar atendimento de saúde;

Todas estas causas apontadas podem ser consideradas agravantes da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, diabetes que se não sanadas podem levar as consequências mais sérias como doenças cardiovasculares, Infarto, acidente vascular cerebral e outras resultando em sequelas e morbidade.

## **2. Causas relacionadas à equipe de saúde**

- *Estrutura no processo de trabalho*
  - Despreparo dos profissionais de saúde: um bom relacionamento equipe-paciente pode melhorar a adesão ao tratamento assim como um relacionamento deficiente pode levar a baixa adesão. A inadequação na relação entre membros da equipe de saúde e paciente idoso tem sido identificada como fator de insatisfação dos idosos, constituindo, portanto, um aspecto relevante no processo de adesão ao tratamento.

- Informação deficiente sobre prevenção, riscos e agravos.
- Agravamento do quadro clínico.
- Receita vencida, automedicação.
- Vínculo entre equipe-paciente prejudicada devido à rotatividade de profissionais, principalmente do médico;
- Falta de programação eficientes das atividades (grupo operativo, agenda programada, atividades ocupacionais e recreacionais)
- Falta de equidade na distribuição das consultas;
- Não utilização de protocolos clínicos

Resultante das causas do processo de trabalho pode ocorrer sequelas irreversíveis e óbitos de pacientes.

### **3. Causas relacionadas à gestão da saúde**

- Baixa cobertura do PSF no município com demanda maior que a preconizada;
- Manutenção de um sistema de saúde curativista;
- Falta de incentivo para atividades preventivas e de reabilitação;
- Demora na autorização e realização de exames;
- Estrutura dos serviços de saúde e processo de trabalho deficiente;
  - Baixa cobertura para consultas;
  - Aumento do atendimento de pronto atendimento;
  - Aumento progressivo dos gastos por procedimento de alta complexidade;
  - Falta de uma equipe multiprofissional mais atuante (nutricionista, psicólogo, assistente social, fisioterapia, educador físico);
  - Sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde com conseqüente redução de tempo nas consultas e aumento no tempo de espera.

Diante das causas relacionadas à gestão, o resultado é a baixa adesão dos portadores de HAS ao acompanhamento da doença, agravamento dos quadros clínicos (sequelas irreversíveis e óbitos), baixa cobertura nas consultas de acompanhamento; automedicação, devido a receitas vencidas, dificuldades da equipe para reorganizar seu atendimento, dificultando uma assistência mais qualificada. Resumindo: morbidade, sequelas, baixa qualidade de vida dos usuários.

### ➤ **Quinto passo**

No quinto passo realizou-se uma análise capaz de identificar, entre as várias causas àquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. Para realizar essa análise utilizamos o conceito de “nó crítico”:

Nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando (CAMPOS, FARIAS e SANTOS, 2010, p.65).

Os problemas considerados nós críticos foram:

- Estrutura do processo de trabalho de equipe
- Hábitos e estilo de vida
- Nível de informação

#### 1 - Estrutura do processo de trabalho da equipe de saúde

##### **Nó Crítico-1**

Falta de programação eficiente das atividades (agendas lotadas, atraso nos atendimentos, desmarcação frequente de consultas, filas para marcação de fichas, grupos operativos, atividades recreacionais e ocupacionais para os idosos) e processo de trabalho da equipe inadequado. Essa situação é muito comum e difícil de ser resolvida sem planejamento e empenho de toda equipe e dificulta o vínculo dos pacientes idosos com a equipe, interferindo, assim, no monitoramento da hipertensão, diminuindo a adesão ao tratamento, aumentando a ocorrência das complicações o que sobrecarrega a equipe e condiciona uma má qualidade de vida para os pacientes. A organização da agenda, o planejamento das atividades e capacitação dos profissionais quebraria esse ciclo vicioso, melhoraria o atendimento e a satisfação dos pacientes e profissionais.

#### 2-Hábitos e estilo de vida

##### **Nó Crítico - 2**

O estilo e os hábitos de vida inadequados: Esses fatores levam ao sedentarismo e à má alimentação, que estão fazendo o número de doenças

crônico-degenerativas aumentarem assustadoramente. Mudanças de hábitos alimentares e a prática regular de atividade física são modificações que podem melhorar de forma significativa os fatores de risco dessas doenças, sendo, além disso, intervenções de custo moderado.

### 3-Nível de informação

#### Nó Crítico - 3

Baixo nível de informação da população idosa. Essas condições acabam sendo fator complicador para a prevenção e o tratamento da HAS, uma vez que o desconhecimento e a falta de informação sobre os riscos da doença acarretam na não adesão ao tratamento. Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da hipertensão descontrolada e a importância do tratamento pode levar a uma maior adesão e diminuição das complicações, além de melhor qualidade de vida.

#### ➤ Sexto passo

No sexto passo, momento normativo, foi realizado o desenho das operações, considerando os seguintes objetivos:

- Descrever as operações para enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos,
- Identificar os produtos e resultados para cada operação definida,
- Identificar os recursos necessários para a concretização das operações. (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010, p.65).

**Quadro 4** Desenho de operações para os “nós críticos” do problema da baixa adesão do paciente idoso a terapia anti-hipertensiva na área de abrangência da ESF de Juvenília-MG

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de programação eficiente das atividades (agendas lotadas, atraso nos atendimentos, desmarcação frequente de consultas, filas para marcação	<b>Agenda programa da mais Equipe capacitada</b>  Organizar agenda de acordo com as orientações do plano	Agendas organizadas;  Atendimento com horário programado;  Atividades sendo realizadas de forma planejada e	Programação mensal das atividades (consultas médica, de enfermagem, e grupos operativos);  Capacitação dos técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde;  Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com a	<b>Econômico:</b> aquisição de agendas e recursos áudio visuais, panfletos e materiais para capacitação. <b>Organizacionais:</b> organização das atividades

de fichas, grupos operativos, atividades recreacionais e ocupacionais para os idosos) e processo de trabalho da equipe inadequado	diretor da atenção primária à saúde.  Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial.	organizada;  Satisfação dos usuários e melhor adesão;  Orientação e treinamento da equipe para uma assistência de qualidade ao paciente;	comunidade idosa hipertensa.  Estabelecer junto à equipe estratégias que possam favorecer a adesão dos idosos a terapia;  Discutir e implantar junto a equipe ações de monitoramento das pacientes idosos hipertensos visitas domiciliares, consultas de enfermagem e médica e entregas de medicamentos.	da equipe e implementação da agenda programada.  <b>Cognitivos:</b> sensibilização da equipe.  <b>Políticos:</b> apoio e sensibilização dos gestores.
Hábitos e estilos de vida inadequados das pessoas idosas hipertensas	<b>Viver Melhor</b> Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida da população, principalmente alimentação e atividade física	Diminuição do número de idosos sedentários;  Conscientizar a população idosa da importância de hábitos saudáveis.  Estimular a colaboração entre os serviços públicos de saúde e de esportes.	Programa de caminhada orientada e ginástica para idosos; Programa de alimentação saudável, com ênfase maior diminuição de sal e gorduras; Consultas para orientação alimentar; Atendimento integral do idoso para adoção de um estilo de vida saudável.	<b>Organizacionais:</b> organizar as caminhadas; Implantação de consultas para orientação alimentar. <b>Cognitivo:</b> informações sobre o tema e estratégia de comunicação. <b>Político:</b> conseguir espaço local e articulação intersetorial. <b>Financeiros:</b> folhetos educativos, recursos áudio visuais.
Baixo nível de Conhecimento e a falta de informação do idoso e da família acerca da hipertensão arterial	<b>Construir o Saber</b> Aumentar o nível de informação do idoso e da família sobre hipertensão arterial.	População mais informada sobre a hipertensão arterial e a importância do tratamento medicamentoso e não medicamentoso	Avaliação do nível de informação da população; Aumentos de informação sobre a hipertensão arterial, e adesão ao tratamento anti-hipertensivo; Campanhas educativas; Grupos operativos; Fornecimento de cartão de controle da pressão arterial.	<b>Organizacionais:</b> organização da agenda para as campanhas educativas e outras ações. <b>Cognitivos:</b> Conhecimento sobre o tema, estratégia de comunicação



				<p>e apoio da equipe.</p> <p><b>Políticos:</b> parceria, mobilização social e apoio da gestão.</p> <p><b>Financeiros:</b> aquisição de materiais educativos e dos cartões de controle.</p>
--	--	--	--	--

### ➤ Sétimo passo

O objetivo do sétimo passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação, de acordo com o apresentado no Quadro 5.

#### **Quadro 5** Recursos críticos para o problema da baixa adesão do paciente idoso a terapia anti-hipertensiva

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<p><b>Agenda programada mais Equipe capacitada</b></p> <p>Organizar agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária à saúde.</p> <p>Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial.</p>	<p><b>Econômico:</b> aquisição de agendas e de recursos áudio visuais, panfletos e materiais para capacitação.</p> <p><b>Organizacionais:</b> organização das atividades da equipe e implementação da agenda programada.</p> <p><b>Políticos:</b> apoio e sensibilização dos gestores.</p>
<p><b>Viver Melhor</b></p> <p>Estimular a Modificação dos hábitos e estilos de vida da população, principalmente alimentação e atividade física.</p>	<p><b>Organizacionais:</b> organizar as caminhadas; Implantação de consultas para orientação alimentar.</p> <p><b>Político:</b> conseguir espaço local e articulação intersetorial.</p> <p><b>Financeiros:</b> folhetos educativos, recursos áudio visuais.</p>
<p><b>Construindo Saber</b></p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial.</p>	<p><b>Políticos:</b> parceria, mobilização social e apoio da gestão.</p> <p><b>Financeiros:</b> aquisição de materiais educativos e dos cartões de controle.</p>

### ➤ Oitavo passo

No oitavo passo, momento estratégico, foi realizado a análise de viabilidade do plano. O autor que está planejando não controla todos os recursos necessários

do seu plano e, assim, ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano.

**Quadro 6** Propostas de ações para motivação dos atores

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<p><b>Agenda programada mais Equipe capacitada</b></p> <p>Organizar agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária à saúde.</p> <p>Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial.</p>	<p><b>Econômico:</b> aquisição de agendas e de recursos áudio visuais, panfletos e materiais para capacitação.</p> <p><b>Organizacionais:</b> organização das atividades da equipe e implementação da agenda programada.</p> <p><b>Políticos:</b> apoio e sensibilização dos gestores.</p>	<p>Coordenador da atenção primária à saúde.</p> <p>Secretária Municipal de Saúde.</p> <p>Equipe de Saúde da Família.</p>	Favorável	Apresentar o projeto para a secretaria de saúde, conselho municipal de saúde.
<p><b>Viver Melhor</b></p> <p>Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida da população, principalmente alimentação e atividade física.</p>	<p><b>Organizacionais:</b> organizar as caminhadas; Implantação de consultas para orientação alimentar.</p> <p><b>Político:</b> conseguir espaço local e articulação intersetorial.</p> <p><b>Financeiros:</b> folhetos educativos, recursos áudio visuais.</p>	<p>Coordenador da atenção primária à saúde.</p> <p>Secretário Municipal de saúde.</p> <p>Equipe de saúde da família.</p>	Favorável	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de saúde, Conselho Municipal de Saúde, funcionários da Atenção Primária à Saúde.
<p><b>Construindo Saber</b></p> <p>Aumentar o nível de informação da</p>	<p><b>Políticos:</b> parceria, mobilização social e apoio da gestão.</p> <p><b>Financeiros:</b></p>	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto a secretaria

população sobre hipertensão arterial.	aquisição de materiais educativos e dos cartões de controle.	Coordenador da atenção Primária. Equipe de saúde.		municipal de saúde, conselho municipal de saúde.
---------------------------------------	--	--	--	--

➤ **Nono passo**

No nono passo, ainda no momento estratégico, foi elaborado o plano operativo com o objetivo de designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para execução das operações.

**Quadro 7** Elaboração do Plano Operativo

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Agenda programa da mais Equipe capacitada</b>  Organizar agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária à saúde.  Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial.	Agendas organizadas;  Atendimento com horário flexível;  Atividades sendo realizadas de forma planejadas e organizadas;  Satisfação dos usuários e melhor adesão.  Capacitação de 100% dos profissionais da equipe.	-Controle de receitas médicas. - Monitorament o das prescrições médicas. -Criação de fichário rotativo para renovação das receitas. -Avaliar as causas de abandono ou não adesão da terapia. -Controle pressórico adequado. -Baixo índice de risco cardiovascular . -Orientação e treinamento da equipe para uma	Apresentar o projeto para a secretaria de saúde, conselho municipal de saúde.	Coordenação da atenção básica, enfermeira, médico.	02 meses para implantação da agenda fichário rotativo. 3 meses para capacitação da equipe.

		assistência de qualidade ao paciente.			
<b>Viver Melhor</b> Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida da população, principalmente alimentação e atividade física.	Conscientizar os idosos da importância de hábitos e estilo de vida saudável.  Diminuir o índice de pacientes sedentários e obesos.	-Programa caminhada saudável; -Consultas para orientação alimentar. -Praça de lazer para o incentivo do exercício físico.	Apresentar o projeto para a secretaria de saúde, conselho municipal de saúde e funcionários da Atenção Básica.	Enfermeira, técnica de enfermagem, ACS e Médico.	01 mês para planejamento das caminhadas e sensibilização da população.
<b>Construir o Saber</b> Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial.	População informada sobre os riscos de uma pressão arterial descontrolada.  Baixo índice de pacientes com níveis pressóricos alterados.	-População informada sobre a hipertensão arterial, seus fatores de risco, sintomas e tratamento. -Campanhas educativas informando sobre os riscos da pressão arterial descontrolada. -Grupos operativos para levantamento de possíveis hipertensos. -Fornecimento de cartão de controle da pressão arterial.	Apresentar o projeto para a secretaria de saúde, conselho municipal de saúde.	Enfermeira, Técnica de enfermagem, Médico e ACS.	01 mês para planejamento das atividades e sensibilização da equipe

➤ **Décimo passo**

No décimo passo, momento tático-operacional, é descrita a gestão do plano, cujos objetivos são desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos. Durante a fase de implantação do projeto de intervenção será realizado reuniões mensais com a ESF para avaliação.

**Quadro 8** Acompanhamento do Plano de Ação

<b>Operação</b>	<b>Produtos</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo Prazo</b>
<p><b>Agenda programada mais Equipe capacitada</b></p> <p>Organizar agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária à saúde.</p> <p>Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial.</p>	Programação mensal.	Coordenação da atenção básica, enfermeira e médico.	02 meses para implantação da agenda fichário rotativo. 3 meses para capacitação da equipe.			
<p><b>Viver Melhor</b></p> <p>Estimular os hábitos e estilos de vida da população, principalmente alimentação e atividade física.</p>	Programação mensal.	Enfermeira, técnica de enfermagem, ACS e Médico.	01 mes para planejamento das caminadas e sensibilização da população.			
<b>Construindo</b>	Programação	Enfermeira,	01 mês			

<b>Saber</b> Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial.	ção mensal.	técnica de enfermagem, médico e ACS.	meses para planejamento das atividades e sensibilização da equipe.			
---	-------------	--------------------------------------	--	--	--	--

Espera-se que a ação proposta possa ser efetivada em conjunto com a gestão municipal, equipe de saúde e a população, proporcionando momentos de autonomia e governabilidade nos tratamentos de saúde, melhorando sua qualidade de vida.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, o perfil epidemiológico da população mundial vem se modificando e o mesmo ocorre como a população brasileira; as doenças crônicas não transmissíveis vêm aumentando, entre elas se destaca a hipertensão arterial principalmente em idosos, sendo esta causa específica das doenças cerebrovasculares e cardiovasculares.

Os idosos, por características próprias do envelhecimento, são os mais acometidos pela hipertensão arterial, porém é a população onde se encontra os mais baixos índices de controle da doença por vários motivos. Conforme visto nos diversos artigos, tais motivos podem estar relacionados ao paciente e à equipe de saúde. Conhecer os fatores que levam a não adesão da pessoa idosa ao tratamento da hipertensão arterial é de suma importância para a equipe planejar suas ações e aumentar o índice de adesão ao tratamento, diminuindo as complicações da doença e proporcionando a população idosa uma melhor qualidade de vida.

Diante dos dados encontrados na pesquisa, a não adesão ao tratamento é um fator que dificulta o tratamento da hipertensão, constituindo um dos maiores desafios dos profissionais da atenção básica, visto que o controle da pressão arterial não se relaciona apenas aos hábitos saudáveis e o tratamento medicamentoso, mas também sobre a informação e conscientização sobre a doença e suas comorbidades e isso deve considerar o contexto onde os pacientes vivem, suas culturas, costumes e crenças.

É de suma importância pensar sobre a atuação da equipe profissional em relação aos idosos portadores da hipertensão arterial, de maneira inovadora, buscando novas maneiras de abordagens desses pacientes tanto em grupo como individual, com uma equipe multiprofissional bem preparada.

## REFERÊNCIAS

AMADO T. C. F., ARRUDA I. K. G. de. Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados. **Rev. Bras. Nutr. Clin.**, v. 2, n. 19, p.94-99, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa**. Brasília,. Série Pactos pela Saúde. v. 12. 2010

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Brasília, 2006. 58 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, Caderno de Atenção Básica, n. 19. 2007.

CAMPOS, F.C.; FARIA. H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação de Saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

CASTRO, M.E.; ROLIM, M.O; MAURICIO, T,F. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paul Enferm.** v.18,n.2,p.184-9. 2005; Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a11v18n2.pdf> >. Acesso em: 19 Jun 2013.

CESARINO, C. B *et al*. Prevalência e Fatores Sociodemográficos em Hipertensos de São José do Rio Preto – SP. **Arq. Bras. Cardiol.** v.91, n.1, p. 31-35, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n1/a05v91n1.pdf>>. Acesso em: 27 de ago. 2013.

CONTIERO A.P *et al*. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre (RS). v.30, n.1,p.62-70. Mar. 2009

CONVERSO, M. E. R.; LEOCÁDIO, P. L. L. F. Prevalência da hipertensão arterial e análise de seus fatores de risco nos núcleos de terceira idade de Presidente Prudente. **Rev. Ciênc. Ext.** v.2, n.1, p.2, 2005.

CORNELISSEN, V. A. e FAGARD, R. H. **Effect of resistance training on resting blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials** J Hypertens, v. 23, 2005.

DANTAS. A. O. **Hipertensão arterial no idoso: fatores dificultadores para a adesão ao tratamento medicamentoso**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Teófilo Otoni, 2011.

FAGARD R.H. **Physical activity, physical fitness and 24h incidence of hypertension**. J. Hypertension, 2005.



FIGUEIREDO, N. M. A; TONINI, T. **Gerontologia: atuação da enfermagem no processo de envolvimento**. 1. ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora Ltda, 2009.

FIGUEIREDO, N. M. A de. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2008.

FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; UCHOA, Elizabeth. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, Aug. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 Jun 2013.

GIL, A.C. **Como elaborar Projeto de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Editora Athas S.A-2007.

GONZAGA, C.C.; SOUSA, M.G.; AMODEO, C. Fisiopatologia da hipertensão sistólica isolada. **Rer. Bras. Hipertens** v.16 (1): 10-14, 2009. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/05-fisiopatologia.pdf>>. Acesso em: 01 jul. de 2013.

GUS I *et al.* Prevalência, Reconhecimento e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Porto Alegre, RS, v.83, n. 5, Novembro. 2004,. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v83n5/22137.pdf>>. Acesso em: 27 Ago 2013.

GUSMÃO, J.L *et al.* Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rer. Bras. Hipertens**. v. 16,n. 1, p. 38-43, 2009. Disponível em: <<http://www.saudedireta.com.br/docsupload/134010539911-adesao.pdf>>. Acesso em: 03 de Jul. 2013.

JARDIM, P. C. B. V. *et al.* Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 88, n. 4, abr. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2007000400015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000400015&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 27 ago 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. São Paulo: Atlas, 2007.

LOPES, H. F.; BARRETO-FILHO, J. A. S.; RICCIO, G. M. G. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, v. 13, n.1, p. 148-153, 2003.

LOPES, K. M. **Baixa Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo: uma revisão teórica**, 2010. Disponível: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 10 Jun. 2013.

LOPES, M. T. A. **Baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial pelos idosos - elaboração de um plano de ação**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Araçuaí, 2012.

MANO, G. M. P; PIERIN, A. M. G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta. paul. enf.**, São Paulo, v. 18, n. 3, Set. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002005000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 fev. 2013.

MARQUEZ, C.E; VEGAZO, G.O; CLAROS, N.M. *et al.* **Efficacy of telephone and mail intervention in patient compliance with antihypertensive drugs in hypertension.** ETECUM-HTA study. *Blood Press.* 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do Adulto:** hipertensão e diabetes. Belo Horizonte. 2006, 198p.

MIRANDA, R.D *et al.* Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Ver. Bras. Hipertens.** v 9,n.3, julho/setembro. 2002. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaoarterial.pdf>>. Acesso em: 15 Jun. 2013.

RODRIGUES, L. S.; SOARES, A.G. Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. **Revista Àgora**, Vitória, n.4, p. 1-29, 2006.

SCHROETER, G, *et al.* Terapia anti-hipertensiva utilizada por pacientes idosos de Porto Alegre/RS, **Brasil Scientia Médica**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 14-19, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewDownloadInterstitial/1644/7890>>. Acesso em: 19 Jun 2013.

SIAB-SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. **Secretária de Assistência a Saúde / DAB – DATASUS.** Secretária Municipal de Saúde de Juvenília-MG. 13 Ago. 2012.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth: **Tratado de enfermagem médico cirúrgica.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOUZA, Ana Rita Araújo de *et al.* Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 88, n. 4, abr. 2007. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2007000400013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000400013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 ago. 2013.

WHEBERTH, A.P.V.B. **Polifarmácia em idosos.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Governador Valadares, 2011. Disponível: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 15 de Jun. 2013.

ZAITUNE, M. P. A. *et al.* Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22,n.2,p. 285-294, fev, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n2/06.pdf>>. Acesso em: 27 Ago. 2013.