

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Letícia Cangussu Teles

**IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES PARA A BAIXA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÓLICA ISOLADA
EM IDOSOS ATENDIDOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
ESTRELA DALVA EM CONTAGEM – MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte
2020**

Leticia Cangussu Teles

**IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES PARA A BAIXA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÓLICA ISOLADA EM
IDOSOS ATENDIDOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ESTRELA
DALVA EM CONTAGEM – MINAS GERAIS**

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

Orientador: Professor Doutor André Luiz dos Santos Cabral

**Belo Horizonte
2020**

Letícia Cangussu Teles

**IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES PARA A BAIXA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÓLICA ISOLADA
EM IDOSOS ATENDIDOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
ESTRELA DALVA EM CONTAGEM – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Doutor André Luiz dos Santos Cabral

Banca examinadora

Professor Dr. André Luiz dos Santos Cabral UFMG.

Professora Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 29 de agosto de 2020

Dedico este trabalho à minha família, aos meus amigos e aos meus tutores, pelo imenso apoio, pelos momentos que compartilhamos, pela troca de experiências, pelo carinho, pelo companheirismo, pela compreensão, pelas alegrias vividas. Todos vocês foram muito importantes para a construção deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, pelo apoio e pela compreensão nos momentos em que mais precisei.

Aos meus amigos, que acreditaram no meu potencial e nos meus sonhos, na minha vitória, que compartilharam comigo todos os momentos de luta em busca de novos caminhos.

Aos colegas de sala e de trabalho pela oportunidade diária e de convívio e de troca de experiências e conhecimentos.

Aos Tutores, pela orientação segura e pelos conhecimentos compartilhados.

Aos Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, e toda a equipe de saúde, pela participação na luta pela vida e da qualidade de vida.

Aos funcionários da Universidade Federal de Minas Gerais, pelo carinho e atendimento sempre que necessário.

A todos aqueles envolvidos neste estudo, e que de alguma forma, contribuíram para que ele se realizasse e fosse fonte de inspiração para novas conquistas.

Muito obrigada!

“O lutador não pode se escravizar a uma rotina diária, a uma atividade física apenas, pois acaba perdendo a criatividade necessária, ou mesmo desiste do objetivo pela monotonia”.

Rickson Gracie

RESUMO

A hipertensão arterial sistólica isolada é situação muito frequente e um dos mais expressivos fatores de risco para o evento cardiovascular e o desenvolvimento de déficit cognitivo no idoso. É situação clínica de difícil controle dentro dos objetivos atuais (PAS < 140 mmHg) e, como consequência, geralmente requer mais de uma droga para o seu controle. Os pacientes idosos, em geral, têm renda menor e, por isso, maior dificuldade em conseguir a medicação necessária. Além disso, a polifarmácia é comum devido à associação de comorbidades, sendo frequente o desenvolvimento de eventos adversos decorrentes da interação de medicamentos. Este projeto tem como objetivo demonstrar a importância de se identificar os motivos da baixa adesão ao tratamento para hipertensão arterial sistólica isolada em idosos atendidos na UBS Estrela Dalva em Contagem – Minas Gerais. Este projeto foi feito a partir dos estudos e análises observacionais realizadas com os pacientes atendidos na unidade básica de saúde de Contagem – Minas Gerais. A partir desta análise verificou-se a necessidade de ações e intervenções para melhorias na qualidade de vida dos pacientes, levando em consideração que é de suma importância se identificar os motivos da falta de adesão ao tratamento contra hipertensão arterial sistólica isolada. Percebemos em nosso cotidiano, a alta prevalência de idosos com hipertensão arterial sistólica isolada na comunidade. Observa-se cotidianamente que esses pacientes não utilizam o medicamento conforme prescrito. Nesse sentido, surgiu a necessidade de estudar as dificuldades que este paciente apresenta para fazer o uso de medicamento de forma correta. A prevalência dessa condição aumenta com a idade e, como a porcentagem de população idosa vem aumentando de forma acelerada no país, estima-se que a prevalência da hipertensão arterial nesta população também acompanhe esse crescimento. Sabe-se que fazer com que o paciente siga rigorosamente o uso da prescrição médica tem se tornado um problema a ser enfrentado pelos profissionais da saúde que atuam nas unidades básicas de saúde principalmente os que são responsáveis por desenvolver ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Doenças cardiovasculares. Baixa adesão ao tratamento da hipertensão.

ABSTRACT

Isolated systolic hypertension is a very common situation and one of the most significant risk factors for cardiovascular events and the development of cognitive deficit in the elderly. It is a clinical situation that is difficult to control within the current objectives (SBP <140 mmHg) and, as a consequence, generally requires more than one drug for its control. Elderly patients, in general, have lower income and, therefore, greater difficulty in obtaining the necessary medication. In addition, polypharmacy is common due to the association of comorbidities, with the development of adverse events resulting from drug interactions being frequent. This project aims to demonstrate the importance of identifying the reasons for low adherence to treatment for isolated systolic hypertension in the elderly attended at the UBS Estrela Dalva in Contagem - Minas Gerais. This project was made based on observational studies and analyzes carried out with patients seen at the basic health unit in Contagem - Minas Gerais. From this analysis, there was a need for actions and interventions to improve the quality of life of patients, taking into account that it is extremely important to identify the reasons for the lack of adherence to treatment against isolated systolic hypertension. We perceive in our daily lives, the high prevalence of elderly people with isolated systolic hypertension in the community. It is observed daily that these patients do not use the medication as prescribed. In this sense, the need arose to study the difficulties that this patient presents in order to use the medication correctly. The prevalence of this condition increases with age and, as the percentage of the elderly population has been increasing rapidly in the country, it is estimated that the prevalence of arterial hypertension in this population also accompanies this growth. It is known that causing the patient to strictly follow the use of medical prescription has become a problem to be faced by health professionals who work in basic health units, especially those who are responsible for developing health promotion and prevention actions. of diseases.

Keywords: Arterial hypertension. Cardiovascular diseases. Low adherence to the treatment of hypertension.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Atividades desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família 54	19
Quadro 2	Lista de problemas encontrados na área de abrangência da população usuária da UBS Estrela Dalva de Contagem – MG (2019)	20
Quadro 3	Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 54, Unidade Básica de Saúde Estrela Dalva, município de Contagem, estado de Minas Gerais	21
Quadro 4	Descritores dos problemas e a quantidade de pacientes	34
Quadro 5	Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistólica isolada em pacientes idosos e baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Estrela Dalva, do município Contagem, estado de Minas Gerais	37
Quadro 6	Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistólica isolada em pacientes idosos e baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Estrela Dalva, do município Contagem, estado de Minas Gerais	38
Quadro 7	Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistólica isolada em pacientes idosos e baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Estrela Dalva, do município Contagem, estado de Minas Gerais	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Aspectos da comunidade distribuídos por faixa etária e gênero	17
----------	---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
All	Angiotensina II
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BH	Belo Horizonte
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DER	Departamento de Estradas e Rodagens
ECA	Enzima Conversora de Angiotensina
FR	Fatores de risco
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HSI	Hipertensão Sistólica Isolada
IBGE	Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia
IECA	Inibidores de Enzima Conversora de Angiotensina
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PSF	Programa de Saúde da Família

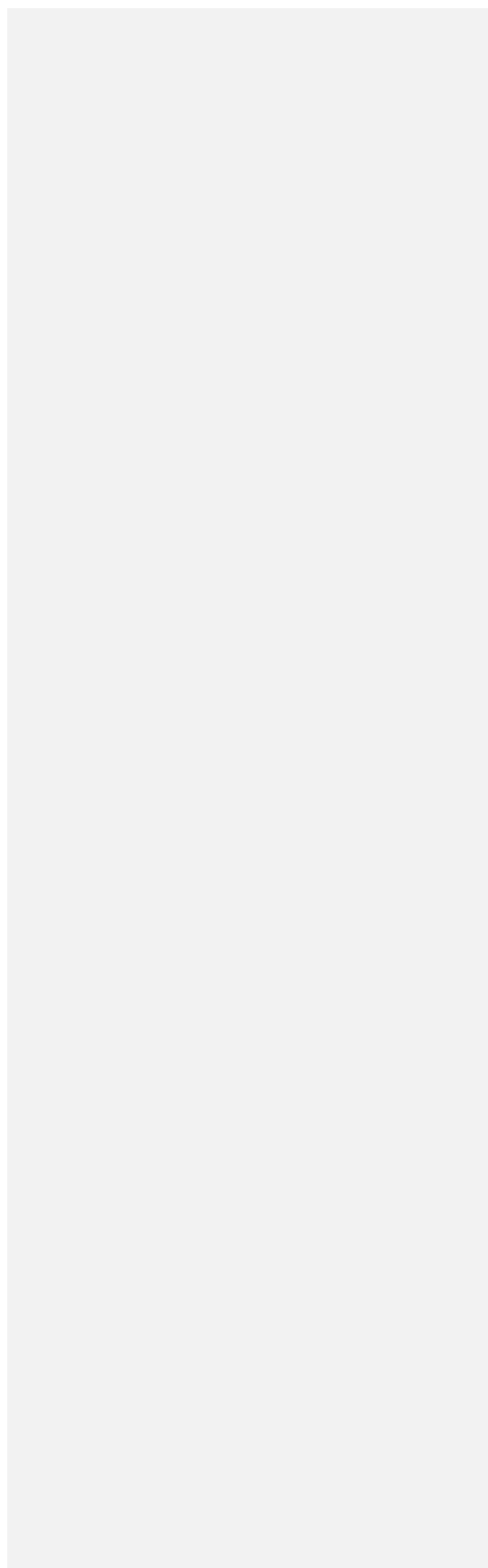
SciELO *Scientific Eletronic Library Online*
SMS Secretaria Municipal de Saúde
SUS Sistema único de Saúde
TRANSCON Trânsito e Transporte de Contagem
UBS Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Aspectos Gerais do Município	15
1.2	Aspectos da Comunidade	16
1.3	Sistema Municipal de Saúde	16
1.4	Unidade Básica de Saúde	18
1.5	Equipe de Saúde da Família	18
1.6	O funcionamento da Unidade de Saúde da equipe	19
1.7	O dia a dia da equipe	19
1.8	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	20
1.9	Priorização dos problemas – a seleção de problemas para plano de intervenção	21
2	JUSTIFICATIVA	23
3	OBJETIVOS	24
3.1	Objetivo Geral	24
4	METODOLOGIA	25
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	26
5.1	Hipertensão arterial sistólica isolada: Epidemiologia	26
5.2	Alterações estruturais vasculares	26
5.3	Pseudo hipertensão	27
5.4	Avaliação clínica do hipertenso sistólico isolado	27
5.5	Tratamento	28
5.6	Demência e déficit cognitivo na hipertensão sistólica isolada	32
6	PLANO DE INTERVENÇÃO	34
6.1	Descrição dos problemas selecionados (terceiro passo)	34
6.2	Explicação dos problemas selecionados (quarto passo)	35
6.3	Seleção dos Nós Críticos (terceiro passo)	35
6.4	Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	36
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40

REFERÊNCIAS

41



1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Contagem é um município brasileiro do estado de Minas Gerais que pertence à Região Metropolitana de Belo Horizonte e é o terceiro município mais populoso do estado, reunindo 659.070 habitantes segundo estimativa de 2018 (IBGE, 2018).

Contagem integra a Grande BH, sendo um dos mais importantes municípios dessa aglomeração urbana, principalmente pelo seu grande parque industrial. Seu sistema viário, planejado para comportar um fluxo intenso de veículos e de carga, é feito através das principais rodovias do país, a BR-381 (Fernão Dias, acesso a São Paulo), BR-262 (acesso a Vitória e ao Triângulo Mineiro) e a BR-040 (acesso a Brasília e Rio de Janeiro) (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM, 2018).

A economia de Contagem é baseada no comércio e na indústria. (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM, 2018).

O município conta com 49 linhas de ônibus que percorrem toda a cidade, ligando diversos pontos, em principal à região do Eldorado, além de contar com diversas linhas da região metropolitana, ligando bairros e pontos importantes de Belo Horizonte (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM, 2018).

Contagem conta hoje com uma estação da Linha 1 do metrô de Belo Horizonte, a estação Eldorado, maior e mais movimentada estação da Grande BH. Nela, também é feita a integração de diversas linhas das operadoras Departamento de Estradas e Rodagens (DER) e Trânsito e Transporte de Contagem (TRANSCON). Diariamente, 40 mil pessoas passam pela estação. A meta para 2019 é construir mais três estações (Novo Eldorado, Parque São João e Bernardo Monteiro) e um novo terminal de passageiros acoplado à via expressa de Contagem (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM, 2018).

Em relação à educação contagem conta com escolas de ensino fundamental, médio e superior. Conta também com escolas para a educação especial, como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

Contagem conta com 30 unidades de saúde denominadas de “Sntinelas”. Essas unidades são distribuídas nos bairros do município com atendimento da população em geral, fornecendo consultas, exames de rastreamento de câncer,

vacinações, programas para idosos, gestantes, hipertensos e diabéticos. Há atendimento para saúde mental e consultas odontológicas.

1.2 O sistema municipal de saúde

O município de Contagem possui um total de 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS) espalhadas pelo município, e três hospitais, sendo um municipal. Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) em 2017 havia 0,51 enfermeiros, 0,54 dentistas e 1,5 médicos para cada mil habitantes, frente a médias nacionais de 0,69, 0,54, e 1,5, respectivamente.

Em 2018, foram registrados 674 óbitos, sendo que as doenças do sistema circulatório representaram a maior causa de mortes (31,3%), seguida pelos tumores (17,7%), casos de violência teve uma porcentagem de 19% (DATASUS, 2018).

Contagem conta também, com Sistemas de Apoio Diagnóstico, Terapêutico e Assistência Farmacêutica. No apoio diagnóstico e terapêutico, apesar de o município ter bons hospitais, casos mais complexos são encaminhados para a cidade de referência que é Belo Horizonte. Destaca-se que a Assistência farmacêutica encontra-se disponível em cada UBS.

O sistema de saúde de Contagem é organizado em forma de rede, porém, com algumas características de um sistema fragmentado.

Atualmente, o município enfrenta sérios problemas na rede de saúde pública, pela falta de verbas e investimentos nos postos e unidades de atendimento.

1.3 Aspectos da comunidade

A comunidade atendida nos postos de saúde de Contagem é composta por mulheres (33%), homens (25%), idosos (24%) e crianças (18%). Percebe-se que as mulheres são as que mais procuram os postos de saúde e os problemas mais detectados entre eles são: diabetes, hipertensão, obesidade, dengue, problemas cardiovasculares e depressão (grande número de casos).

As crianças, em geral, são acometidas de viroses, resfriados, pneumonia e alguns casos de bronquite, asma e dengue. Ocorrem também alguns casos de ferimentos (cortes, quedas, etc.).

As mulheres se destacam no atendimento da área ginecológica, algumas com patologias como diabetes e hipertensão e obesidade. Há a presença de hipertireoidismo e depressão em alguns casos. Neoplasias são poucos casos, mas ocorrem.

A comunidade Contagem procura as unidades de atendimento, porém, não adere ao tratamento e orientações médicas. Percebe-se o uso incorreto de medicamentos e não aceitação de mudanças no estilo de vida, como reeducação alimentar e prática de exercícios físicos. Poucos são os pacientes que marcam suas consultas regularmente e que aderem ao tratamento farmacológico, principalmente, nos casos de diabetes e hipertensão.

Encontramos dificuldades nas ações de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.

Tabela 1 – População da comunidade distribuída por faixa etária e gênero

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
<1ANO	12	9	21
1 ANO	17	9	26
2 ANOS	9	12	21
3 ANOS	9	16	25
4 ANOS	12	10	22
5-9 ANOS	68	51	119
10-14 ANOS	39	35	74
15-19 ANOS	53	67	120
20-24 ANOS	45	65	110
25-29 ANOS	46	56	102
30-34 ANOS	65	63	128
35-39 ANOS	57	69	126
40-44 ANOS	30	41	71
45-49 ANOS	28	30	58
50-54 ANOS	29	24	53
55-59 ANOS	20	34	54
60-64 ANOS	20	28	48
65-69 ANOS	22	23	45
70-74 ANOS	14	15	29
75-79 ANOS	5	4	9
80 ANOS E MAIS	6	6	12
Total	606	667	1.273

Fonte: IBGE, 2017

1.4 A Unidade Básica de Saúde Estrela Dalva

Esta unidade é específica para a realização de atendimento de atenção básica e integral a uma população de forma agendada (90%), que ocorre no período da tarde e de forma espontânea (10%), que ocorre no período da manhã, o que facilita oferecer uma assistência com classificação de risco e acolhimento.

A Unidade Básica de Saúde Estrela Dalva em Contagem é bem estruturada para atender as necessidades das pessoas da região, porém, faltam alguns materiais necessários para certos procedimentos. Nesta unidade temos uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde e uma faxineira.

A equipe procura atender toda a demanda espontânea e agendada da melhor forma possível com acolhimento com classificação de risco.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Azul da Unidade Básica de Saúde Estrela Dalva

Como já foi dito acima, a equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS), que contribuem significativamente com as campanhas de vacinação, com os projetos de prevenção contra doenças, com as palestras que incentivam o diagnóstico precoce e a adesão aos tratamentos das mais diversas doenças. Nesta unidade também atende um pediatra, o que facilita nosso trabalho com crianças e jovens.

Desenvolvem-se atividades com grupos de saúde mental, pois são alguns casos consideráveis e buscamos atender da melhor forma possível essa população.

A equipe atende 368 famílias nesta unidade, em média 23 pessoas por dia, incluindo crianças, adolescentes, adultos jovens, adultos e idosos. A busca é por um atendimento voltado para o acolhimento com classificação de risco.

Há grande preocupação com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que tem aumentando muito nos últimos anos. Há preocupação também com os jovens que usam tabaco e álcool. Estamos com planejamento para grupos de gestantes, onde vamos incluir planejamento familiar e gravidez precoce, cuidados com as infecções sexualmente transmissíveis (IST) e puericultura.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Azul

A Unidade de Saúde Estrela Dalva funciona das 07:00 às 17 horas. Os ACS se revezam durante a semana, segundo escala, em atividades relacionadas à assistência, com elaboração da escala mensalmente.

1.7 O dia a dia da equipe Azul

O trabalho da equipe, como foi dito anteriormente, é baseado no atendimento diário à população de Contagem. O fluxo não é muito grande, porém, há déficit de recursos financeiros e materiais, que dificultam as ações.

A equipe está sempre voltada para campanhas e ações que possam ajudar a população no entendimento do que seja doença e saúde, do que seja prevenção de doenças para a qualidade de vida de crianças, adultos, idosos e gestantes, como também no enfrentamento de algumas doenças que acabem limitando o paciente para algumas atividades da vida diária.

O atendimento a alguns programas está baseado na saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos. Há grande preocupação com gestantes menores de 18 anos e com portadores de doenças mentais.

A demanda de pacientes com dengue tem aumentado nos últimos meses. As atividades desenvolvidas pela equipe foram:

Quadro 1 – Atividades desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família Azul

Visitas domiciliares do ACS por família segundo a microárea da UBS Estrela Dalva em 2019				
Microárea	Famílias	Visitas Anuais	Visitas/Família/Ano	
1	7	12	84	
2	12	12	144	
3	6	12	72	
4	14	12	168	
5	21	12	252	
Distribuição das consultas de médico e enfermeiro segundo os programas e área da UBS Estrela Dalva em 2019.				
	PSF1	PSF2	PSF3	TOTAL
PUERICULTURA	4 X ao mês			4 X ao mês
PRENATAL	1 X ao mês			1 X ao mês
HIPERTENSAO	4 X ao mês			4 X ao mês
DIABETES	4 X ao mês			4 X ao mês
CANCER	4 X ao mês			4 X ao mês

DPOC	4 X ao mês			4 X ao mês
HANSENIASE	1 X ao mês			1 X ao mês
D. MENTAL	1 X ao mês			1 X ao mês

Fonte: Registro da UBS Estrela Dalva de Contagem – MG (2019)

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

O primeiro passo da equipe foi detectar os problemas encontrados na comunidade para, em seguida, trabalhar com os cuidados individualizados. Os problemas de saúde encontrados que maior evidência foram: diabetes, hipertensão e obesidade.

Outros problemas que foram encontrados e que interferem diretamente no tratamento e na qualidade de vida dos usuários são: baixa adesão ao tratamento; falta de conhecimentos sobre a doença e sobre a importância do tratamento para se evitar complicações, uso inadequado dos medicamentos, baixa adesão às mudanças do estilo de vida e maus hábitos alimentares.

Quadro 2 - Lista de problemas encontrados na área de abrangência da população usuária da UBS Estrela Dalva de Contagem – MG (2019)

Problemas	Fontes	Ações/ Sugestões
Baixa adesão ao tratamento, principalmente para Hipertensão.	Registro da Equipe de saúde da unidade	Conscientizar a população da necessidade do tratamento para evitar complicações relacionadas à doença.
Baixa adesão às mudanças do estilo de vida e hábitos alimentares.	Registro da Equipe de saúde da unidade	Incentivar a população da necessidade de mudanças nos hábitos alimentares e prática de atividade física como tratamento alternativo.
Falta de conhecimentos sobre a doença e sobre o tratamento.	Registro da Equipe de saúde da unidade	Informar a população sobre a doença, seus sintomas, suas complicações, sobre as opções de tratamento e importância do retorno ao médico.
Uso inadequado de medicamentos	Registro da Equipe de saúde da unidade	Informar quanto ao uso correto dos medicamentos para que não ocorram novos problemas. Escrever as instruções de uso correto para o paciente.
Hipertensão	Registro da Equipe de saúde da unidade	Melhorar acompanhamento de riscos e agravos; promover mudanças no estilo de vida e reeducação alimentar; diminuir os valores tensionais.
Hipertensão e doença	Registro da Equipe de	Melhorar acompanhamento de

renal crônica	saúde da unidade	riscos e agravos; promover mudanças no estilo de vida e reeducação alimentar; diminuir os valores tensionais; propor terapia medicamentosa.
Diabetes Mellitus tipo 2	Registro da Equipe de saúde da unidade	Melhorar acompanhamento de riscos e agravos, mudança no estilo de vida, reeducação alimentar; acompanhamento do tratamento medicamentoso; diminuir os índices glicêmicos; propor atividade física.
Sedentarismo	Registro da Equipe de saúde da unidade	Informar à população sobre a importância da prática diária de atividade física para a saúde.
Tabagismo	Registro da Equipe de saúde da unidade	Promover palestra e campanhas contra o fumo; orientar os usuários dos perigos do tabaco e, incentivar a cessação.

Fonte: Registro da UBS Estrela Dalva de Contagem – MG (2019)

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Dos problemas detectados acima, houve uma priorização das ações com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população. A priorização dos problemas foi baseada na temática do presente projeto. Sabemos que existem outros problemas a serem priorizados, porém estes lançados abaixo são os mais urgentes dentro de nossa área abrangência.

Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Azul, Unidade Básica de Saúde Estrela Dalva, município de Contagem, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Alta prevalência de hipertensão sistólica isolada em pacientes idosos	Alta	6	Parcial	1
Baixa adesão ao tratamento	Alta	6	Total	2
Alta prevalência de tabagistas	Alta	4	Parcial	5
Uso incorreto de medicamentos	Alta	6	Parcial	3
Uso de medicação sem acompanhamento médico	Alta	5	Total	4

Baixo nível de escolaridade	Alta	3	Parcial	6
-----------------------------	------	---	---------	---

Fonte: Autora do projeto (2020)

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Este projeto foi feito a partir dos estudos e análises observacionais realizadas com os pacientes atendidos em unidade básica de saúde de Contagem – MG. A partir desta análise verificou-se a necessidade de ações e intervenções para melhorias na qualidade de vida dos pacientes, levando em consideração que é de suma importância se identificar os motivos da falta de adesão ao tratamento contra hipertensão arterial sistólica isolada.

Percebemos em nosso cotidiano, a alta quantidade de idosos com hipertensão sistólica isolada na comunidade. Observa-se cotidianamente que esses pacientes não utilizam o medicamento conforme prescrito. Nesse sentido, surgiu a necessidade de estudar as dificuldades que este paciente apresenta para fazer o uso de medicamento de forma correta (BRASIL, 2006).

Percebe-se que alguns pacientes já se encontram com complicações por falta de tratamento adequado, por isso, as ações de intervenção se fazem necessárias, buscando aumentar essa adesão e conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Demonstrar a importância de se identificar os motivos da baixa adesão ao tratamento para hipertensão arterial sistólica isolada em idosos atendidos na UBS Estrela Dalva em Contagem – MG.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste estudo foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes em busca para revisão bibliográfica, cujas bases de dados utilizadas foram: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO).

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com Faria, Campos e Santos (2018).

Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do NESCON e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica.

Os artigos utilizados foram de estudos já efetuados sobre a temática proposta para embasamento teórico. Os artigos utilizados foram dos últimos cinco anos.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo: Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso.

Para a definição das palavras-chave e *keywords* utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Hipertensão arterial. Doenças cardiovasculares. Adesão ao tratamento. .

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão arterial sistólica isolada: Epidemiologia

No idoso, a Hipertensão Arterial (HA) se apresenta de duas maneiras: (1) a forma combinada: Pressão Arterial Sistólica (PAS > 140 mmHg) e Pressão Arterial Diastólica (PAD > 90 mmHg); (2) a Hipertensão Sistólica Isolada (HSI) (PAS > 140 mmHg e PAD < 90 mmHg). A HSI é mais comum com o envelhecimento em consequência das mudanças estruturais das artérias, mormente as de grosso calibre. Essa tendência também é observada em estudos transversais em quase todas as populações, as quais mostram que o nível médio da pressão sistólica aumenta de maneira linear a partir dos 50 anos, enquanto a pressão diastólica tende a cair a partir dos 55 anos de idade. Portanto, a discussão do manejo da hipertensão sistólica isolada ou não se confunde com a hipertensão arterial no idoso (FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2005).

O aumento na pressão arterial e da prevalência da HA no idoso não é uma situação benigna, como se afirmava no passado. Considera-se, agora, como processo anormal do envelhecimento (VARGAS, 2000).

Dados de 30 anos de seguimento do estudo Framingham mostraram claramente que o risco de eventos cardiovascular aumenta com a elevação da pressão sistólica, particularmente no idoso. O risco absoluto de complicações cardiovasculares no idoso (idade 65-94 anos) é substancialmente maior do que no jovem (idade 34-64 anos). A tendência de risco aumentado também é mais pronunciada em homens, normalmente nos idosos, sugerindo uma vez mais que a pressão sistólica é o maior preditivo de evento cardiovascular (FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2005).

5.2 Alterações estruturais vasculares

Com o envelhecimento surgem as mudanças estruturais nos vasos arteriais de grosso calibre, deixando-os mais rígidos e menos complacentes, o que causa o aumento da pressão sistólica (NOBRE *et al.*, 2010).

A perda substancial na quantidade de fibras elásticas, substituídas por colágeno, é o substrato dessas alterações estruturais (NOBRE *et al.*, 2010).

A pressão arterial sistólica (PAS) e a pressão de pulso são dependentes do volume sistólico, da velocidade de ejeção e da elasticidade da aorta (quanto menos elástica for a parede dos vasos, maior a pressão sistólica). De outro lado, o nível de queda da pressão entre duas contrações (pressão diastólica) expressa a resistência à passagem do fluxo sanguíneo (BARBOSA *et al.*, 2008).

A pressão e o fluxo, especialmente nas grandes artérias, são pulsáteis. Contudo, na prática clínica, empregam-se os valores médios tanto da pressão quanto do fluxo, como se o modelo da circulação fosse linear, e assim, as informações contidas nas ondas são perdidas (BARBOSA *et al.*, 2008).

5.3 Pseudo-hipertensão

A pseudo-hipertensão é um achado clínico em que o pulso radial mantém-se palpável quando se insufla o manguito, e não mais se auscultam os sons Koroktoff. Este fato decorre do grande endurecimento das artérias, obrigando a uma maior força para insuflar o manguito em um aumento irreal da pressão sistólica. A maneira de se comprovar este fato é pela concomitante medição intra-arterial (FERREIRA *et al.*, 2009).

5.4 Avaliação clínica do hipertenso sistólico isolado

A abordagem clínica do hipertenso sistólico (idoso) não difere substancialmente de nenhum outro hipertenso, devendo-se buscar respostas fundamentais. A primeira refere-se ao diagnóstico preciso: se a hipertensão está mesmo presente, uma vez que a variabilidade pressórica é mais intensa com o envelhecimento. Além disso, o fenômeno da pseudo-hipertensão pode estar presente, deve ser afastado. É imprescindível a medida da pressão arterial em ambos os membros superiores (na constatação de grandes diferenças acima de 10mmHg entre os membros, afastar lesão arterial obstrutiva) e na posição de pé, devido à alta frequência de hipotensão ortostática nesta fase de vida (BARRETO; SANTELLO, 2002).

Em segundo lugar, deve-se investigar a presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular. Independentemente do nível tensional, a constatação do comprometimento de órgãos-alvo e de outras condições de morbidade indica que o paciente poderá ter pior prognóstico, probabilidade maior de complicações e morte súbita (BARRETO; SANTELLO, 2002).

Da mesma maneira que na HA primária, a prevalência de diabetes mellitus aumenta com a idade, e esta associação acelera as lesões vasculares, além de possibilitar o aparecimento de lesões renais, identificadas inicialmente por microalbuminúria ou proteinúria (ALVES; CALIXTO, 2012).

A hipertensão secundária é comum em idosos, por isso deve ser avaliada a hipertensão renovascular eletrostática que é frequente nas artérias renais de pacientes idosos, o que não significa relação de causa e efeito com a hipertensão arterial (HARTMANN *et al.*, 2007).

5.5 Tratamento

O tratamento da HA no idoso é particularmente desafiador devido às complexas alterações fisiológicas associadas com a idade, nos ajustes cardiovasculares e no metabolismo das drogas, além do impacto sobre a qualidade de vida e o fator socioeconômico (SBH, 2007).

O objetivo do tratamento deve ser o mesmo que para os outros hipertensos: reduzir a pressão a níveis inferiores a 140/90 mmHg. Uma vez que nunca foram devidamente comprovadas a facilidade e a segurança em se reduzir a pressão sistólica abaixo de 140 mmHg, é prudente em algumas situações adotar uma atitude mais conservadora. Assim, se a pressão sistólica estiver acima de 180 mmHg, o objetivo é trazê-la abaixo de 160 mmHg, e se estiver entre 160 e 180 mmHg, deve-se reduzir pelo menos 20 mmHg (SBH, 2007).

Uma vez estabelecido o diagnóstico de HA, o tratamento inicial deve contemplar medidas não farmacológicas, com a ressalva de o paciente não ser de alto risco. A perda de peso, além da redução na ingestão de sal e da implementação de exercícios aeróbicos. Deve-se orientar o paciente quanto à restrição na ingestão de álcool. Embora não haja comprovação de que o fumo determine elevação da pressão arterial, há algumas evidências, através da monitorização ambulatorial da

pressão arterial, nas 24 horas, de que no grupo fumante a pressão sistólica é significativamente maior do que no grupo não fumante. Há evidências indiretas de que a redução de gorduras e colesterol da dieta, a suplementação de potássio, de cálcio e magnésio possam reduzir discretamente a pressão arterial (SBH, 2007).

Os hábitos nutricionais devem visar à redução de sódio e ao controle do peso. O idoso obeso ou com sobrepeso se beneficiará com a redução de peso tanto quanto o jovem. Recomenda-se, portanto, programa de redução de peso que inclua atividade física e restrição de calorias para idosos com peso acima do peso ideal, além de redução do sal da dieta para 2,4 g de sódio ou 6 g de cloreto de sódio. Porém, essa redução do peso deve ser acompanhada com equipe multidisciplinar, principalmente nutricionista, para que ocorra perda de gordura e não de massa muscular (GAZONI *et al.*, 2009, p. 36).

Uma vez decidido que o tratamento farmacológico se faz necessário, este deverá ser introduzido cautelosamente, iniciando-se com doses baixas de qualquer droga indicada e, na falta de um controle adequado da pressão, deve-se titular com cuidado a dose, não se devendo atingir a dose máxima recomendada, optando-se neste momento por mudanças para outra classe de droga ou pela associação (FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2005).

Muitos estudos clínicos têm mostrado o efeito positivo do diurético na redução da pressão arterial e hipertensão sistólica do idoso com impacto na queda da taxa de morbidade e mortalidade cardiovascular. Os benefícios ocorrem na dose média de 25 mg/dia de hidroclorotiazida ou clortalidona, sem, contudo, desenvolver número substancial de efeitos adversos (BRAND; SCHUH; GAYA, 2013).

A desvantagem do diurético está no efeito metabólico sobre o potássio, o magnésio, o ácido úrico e o perfil glicídico e seu efeito discutível sobre o colesterol. O diurético usado abusivamente pode promover redução na volemia. Deve-se ressaltar que o idoso é um indivíduo com grande chance de desidratação, uma vez que seus rins apresentam algum grau de dificuldade na capacidade de preservar sódio (BRAND; SCHUH; GAYA, 2013).

Alguns estudos prospectivos mostraram que os betabloqueadores reduzem a morbimortalidade cardiovascular em pacientes mais jovens. Porém, sua utilização é limitada no idoso devido à ausência de dados definitivos na redução de eventos clínicos na mesma proporção observada com os diuréticos. Entre suas indicações

mais específicas, está a redução na chance de o indivíduo apresentar um segundo infarto do miocárdio e morte súbita. Alguns pacientes com disfunção ventricular esquerda do tipo sistólica podem se beneficiar do uso associado de alguns betabloqueadores, como o carvedilol, o metoprolol e o bisoprolol (FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2005).

O betabloqueador, da mesma maneira que o diurético, promove alteração metabólica, podendo acentuar o quadro de resistência à insulina, hiperglicemia e distúrbio do perfil lipídico, principalmente hipertrigliceridemia. Está formalmente contraindicado em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, bradiarritmia e doença vascular arterial periférica (FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2005).

Os alfabloqueadores, apesar de apresentarem perfil metabólico muito favorável principalmente quanto aos níveis de colesterol, têm como maior inconveniente desenvolverem quadro de taquifilaxia, tonteira e hipotensão, por vezes severa, após a primeira dose. Podem ser particularmente úteis em pacientes idosos com prostatismo (BRASIL, 2018).

Agentes de ação central (como metildopa, clonidina, guanabenz e guanfacina) não são, geralmente, recomendados para pacientes idosos. Esses agentes apresentam uma alta taxa de efeitos colaterais, particularmente disfunção cognitiva, hipotensão postural e sintomas desagradáveis, como sonolência e secura na boca, além de redução na libido, principalmente em homens. Devem ser reservados como quarta opção para combinações em pacientes com refratariedade ao tratamento (BRASIL, 2018; FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2005).

Apesar de o sistema renina-angiotensina circulante apresentar-se no idoso com a sua atividade plasmática reduzida, o Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) tem se mostrado eficaz neste grupo de indivíduo, principalmente quando está presente alguma comorbidade. Entre estas situações, destacamos a insuficiência cardíaca, principalmente por disfunção sistólica. A Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) é cada vez mais prevalente entre os idosos, e o benefício terapêutico é incontestável com o IECA, tanto na qualidade de vida quanto na sobrevida deste paciente (BRASIL, 2018; FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2005).

A nefropatia diabética secundária ao diabetes tipo 2 pode estar acompanhada de micro ou macroalbuminúria. Os estudos em longo prazo como IECA ou

bloqueador receptor de angiotensina vêm provando expressiva redução da proteinúria, além da desaceleração na velocidade da perda da função renal avaliada pela depuração da creatinina (CUPPARI, 2009).

O IECA também se mostra indicado no hipertenso acometido por infarto agudo do miocárdio, que evolui nas primeiras horas ou dias com sinais clínicos, radiológicos ou ecocardiográficos de disfunção ventricular esquerda. Neste grupo de pacientes, o emprego precoce de IECA determinou significativa redução na taxa de mortalidade (CUPPARI, 2009).

Entre os efeitos desfavoráveis dos IECA encontram-se a tosse, um efeito da classe, numa frequência de 8% a 15%. Raramente, observam-se angioedema e disgeusia. Quando se encontrar elevação nos níveis séricos de creatinina logo após o início do uso do IECA, deve-se afastar a possibilidade de hipertensão renovascular. No paciente com insuficiência renal e/ou diabetes, devem-se monitorizar frequentemente os níveis séricos de potássio (FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2005).

O antagonista do receptor de Angiotensina II (AII) atua especificamente sobre o receptor AT₁ da angiotensina II, antagonizando os efeitos da AII produzida tanto pelo sistema renina-angiotensina circulante quanto pelo tecidual. Deve-se ressaltar que a AII pode ser produzida em vários tecidos por mecanismo não-ECA dependente, como pela ação da enzima quimase. Esse mecanismo alternativo de produção de AII pode ser responsável pelos seus efeitos tróficos (hipertrofia miocárdica e vascular) (FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2005).

O antagonista de receptor AII apresenta perfil de resposta terapêutica semelhante ao IECA. Contudo, quanto ao seu maior diferencial, apresenta um padrão de tolerabilidade semelhante ao placebo (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A associação de diuréticos, em baixas doses, com IECA ou antagonistas de receptor de angiotensina II, ou ainda de IECA com antagonistas de canais de cálcio, constituem-se na combinação preferencial. São as mais eficazes e mais bem toleradas (GOULART, 2011).

As mudanças no estilo de vida com diminuição na ingestão de sal têm resultado considerado na redução da PA, principalmente porque a restrição de sal na dieta tem importante efeito anti-hipertensivo com o avançar da idade (GAZONI *et al.*, 2009, p. 35).

5.6 Demência e déficit cognitivo e hipertensão sistólica isolada

O dano cognitivo e a demência são as causas que mais levam à perda de autonomia no idoso. Embora haja muitas condições associadas à demência, a etiologia mais comum é a doença de Alzheimer, seguida pela demência vascular e pela forma mista das duas doenças. Estas são responsáveis por 80% dos indivíduos afetados. Os demais 20% têm demência secundária à doença de Parkinson, hidrocefalia com pressão normal, depressão e demência frontotemporal (GAZONI *et al.*, 2009).

O declínio da função cognitiva encontrado nos idosos com HA pode estar relacionado com o dano hipertensivo, levando a múltiplos infartos ou lesão na substância branca cerebral, que tem sido comumente encontrada na demência da velhice. É provável que a HA leve à hialinização das paredes dos vasos arteriais, acoplados a episódios de hipotensão (como drogas ou insuficiência cardíaca), podendo levar a hipoperfusão e isquemia das áreas vulneráveis do cérebro. A matéria branca profunda pode ser especialmente vulnerável, porque é irrigada pelas longas artérias penetrantes, que contêm poucas colaterais. A desmielinização subsequente pode levar à demência pela conexão das vias subcortical-cortical (FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2005).

A alta prevalência de lesão na parte branca é também encontrada nos indivíduos com doença de Alzheimer, sendo possível que a lesão na substância branca precede ou cause atrofia cortical nesses pacientes. Uma vez que esses fatores vasculares precoces possam ser amenizáveis, estes achados podem ter implicações para a prevenção do declínio cognitivo (FRANCISCHETTI; SANJULIANI, 2005).

As funções cognitivas são mais comprometidas nos pacientes hipertensos, especialmente quando é mais baixo o nível socioeconômico, mais elevada a idade, a gravidade da hipertensão e na associação de outras comorbidades, principalmente o diabetes. Estudos longitudinais têm demonstrado que quanto maior o nível de pressão arterial aos 70 anos, maior o risco de demência (vascular ou Alzheimer) 10 ou 15 anos mais tarde. Curiosamente, a pressão arterial cai espontaneamente à medida que a demência ocorre (JOBIM, 2008).

A HA pode levar à redução cognitiva ou demência por quatro mecanismo diferentes: (1) lesões de AVE e demência vascular; (2) alterações na substância branca; (3) doença de Alzheimer que é mais frequente entre os hipertensos; (4) efetivo acumulativo de doença de Alzheimer, AVE e alterações na substância branca (JOBIM, 2008)

A prevalência da demência dobra a cada cinco anos, atingindo quase 40% na nona década de vida. Devido ao aumento da taxa de envelhecimento da população global, tornam-se críticas as medidas preventivas que possam ser aplicadas nas idades mais precoces visando a reduzir esse aumento epidêmico para prevalência de demência (JOBIM, 2008).

Há cada vez mais evidências de que, na população idosa (idade > 65 anos), o controle adequado da pressão arterial sistólica como o fator mais importante na prática clínica independente do agente anti-hipertensivo utilizado.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado: alta prevalência de hipertensão arterial sistólica isolada em pacientes idosos e baixa adesão ao tratamento, para o qual se registram uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O tema escolhido para ser abordado é a alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistólica isolada em pacientes idosos e baixa adesão ao tratamento. As questões que foram levantadas mais relevantes para justificar esse desajuste é o fato de 278 pacientes idosos que frequentam a UBS sofrem de hipertensão, destes, 148 sofrem de hipertensão arterial sistólica isolada. Destes 148 pacientes, 96 fazem uso de medicamentos e 52 não aderiram ao tratamento medicamentoso, o que causa grande preocupação, já que 12 possuem doença renal crônica, 16 possuem diabetes, 11 possuem doenças cardiovasculares e dois sofrem de Parkinson, sete sofrem com doença de Alzheimer e quatro são portadores de câncer. Ficou evidente que as complicações advindas com a hipertensão podem ser fatais, necessitando além do tratamento medicamentoso, mudanças no estilo de vida e mudanças nos hábitos alimentares.

Quadro 4 – Descritores dos problemas e a quantidade de pacientes

Descritores do problema	Quantidade	Fonte
Idosos com hipertensão que estão cadastrados na UBS Estrela Dalva	278	Registro/ Equipe
Idosos com hipertensão arterial sistólica isolada que estão cadastrados na UBS Estrela Dalva	148	Registro/ Equipe
Pacientes idosos com hipertensão arterial sistólica isolada que aderiram ao tratamento	96	Registro/ Equipe
Pacientes idosos com hipertensão arterial sistólica isolada que não aderiram ao tratamento	52	Registro/ Equipe
Pacientes idosos com hipertensão arterial sistólica isolada e com doença renal crônica	12	Registro/ Equipe
Pacientes idosos com hipertensão arterial sistólica isolada e com diabetes	16	Registro/ Equipe

Pacientes idosos com hipertensão arterial sistólica isolada e com doenças cardiovasculares	11	Registro/ Equipe
Pacientes idosos com hipertensão arterial sistólica isolada e com Parkinson	02	Registro/ Equipe
Pacientes idosos com hipertensão arterial sistólica isolada e com Alzheimer	07	Registro/ Equipe
Pacientes idosos com hipertensão arterial sistólica isolada e com câncer	04	Registro/ Equipe

Fonte: Equipe de saúde da UBS Estrela Dalva de Contagem - MG (2019)

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Alguns pacientes com hipertensão sofrem de doença renal crônica, de diabetes, doenças cardiovasculares, Parkinson, Alzheimer e alguns tipos de cânceres. Sabe-se que o tratamento pode reduzir o número total de acidente vascular encefálico em 38%, todas as causas de mortalidade em 39%, mortalidade cardiovascular em 39% e 58% a mortalidade por Acidente Vascular Encefálico (AVE) e desfechos finais cardiovasculares fatais e não fatais (CUPPARI, 2009).

Como comprovado em inúmeros estudos, a hipertensão sistólica isolada é uma situação muito frequente e um dos mais expressivos fatores de risco para o evento cardiovascular e o desenvolvimento de déficit cognitivo no idoso. É uma situação clínica de difícil controle dentro dos objetivos atuais e, como consequência, requer mais de uma droga para o seu controle.

O maior problema encontrado na comunidade atendida da UBS Estrela Dalva é a baixa adesão ao tratamento, o que compromete ainda mais a saúde do paciente hipertenso. Muitos estão em alto risco para doenças cardiovasculares, necessitando assim de tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos encontrados foram:

1. Nível de informação da população (educação permanente, reeducação alimentar) insuficiente quanto aos problemas causados pela hipertensão;
2. Hábitos e estilos de vida da população (sobrepeso e obesidade, hábitos alimentares, tabagismo, sedentarismo) inadequados;
3. Baixa adesão ao tratamento medicamentoso.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Excluído: ¶

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistólica isolada em pacientes idosos e baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Estrela Dalva, do município Contagem, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Nível de informação da população (educação permanente, reeducação alimentar) insuficiente quanto aos problemas causados pela hipertensão.
6º passo: operações	Promover informações quanto às doenças crônicas não transmissíveis através de visitas domiciliares, palestras e grupos operativos; Informar sobre os riscos de complicações de idosos com hipertensão isolada; promover palestras sobre mudanças de hábitos alimentares e exercício físico.
6º passo: projeto	Saúde do idoso
6º passo: resultados esperados	Pacientes informados e adesão total ao tratamento.
6º passo: produtos esperados	Campanhas educativas sobre os problemas causados pela hipertensão; palestras sobre boa alimentação e atividade física; campanhas de incentivo ao tratamento.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo; Financeiro: Para recursos com panfletos, recursos multimidiáticos; minicursos; palestras; programa de boa alimentação e atividade física. Político: conseguir espaço para as palestras; mobilização para as campanhas contra a obesidade, hipertensão e diabetes; fazer palestras nas escolas sobre boa alimentação.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Adesão da equipe de saúde e do gestor da UBS. Político: Conseguir espaço para as palestras; minicursos e reuniões com grupo operativo. Financeiro: recursos para os panfletos; recursos multimidiáticos; cartilhas para serem distribuídas nas escolas para conscientizar as crianças quanto à importância da boa alimentação.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria Municipal de Saúde: Motivação favorável. Sua principal ação é investir no projeto em busca de resultados positivos para a comunidade. Gestor da UBS: Motivação favorável. Sua principal ação é aderir ao projeto e buscar recursos para que o mesmo seja implantado e apoiar toda a equipe de saúde no enfrentamento do problema. Equipe de saúde da UBS: Motivação favorável. Ações: Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com o secretário de saúde; reuniões com a associação da comunidade; reuniões com pacientes e familiares para expor a necessidade de tratamento e adesão ao mesmo; apresentar os resultados a cada quinzena.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem/ Nutricionistas. Três meses para o início das atividades e cinco meses para o término.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões com toda a equipe de saúde quinzenalmente para apresentar os resultados alcançados e propor novas estratégias.

Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistólica isolada em pacientes idosos e baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Estrela Dalva, do município Contagem, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Hábitos e estilos de vida da população (sobrepeso e obesidade, hábitos alimentares, tabagismo, sedentarismo) inadequados.
6º passo: operações	Modificar os hábitos alimentares da população através de reeducação alimentar; Mudar o estilo de vida da população, propondo atividade física; construir auditório para palestras e campanhas; promover informações quanto às doenças através de visitas domiciliares; aumento da área de cobertura; construção de hospital na região para atendimentos mais complexos.
6º passo: projeto	Estilo de vida é saúde
6º passo: resultados esperados	Melhorias para a Saúde: melhoria do atendimento e melhoria da qualidade de vida das pessoas de toda a comunidade.
6º passo: produtos esperados	Reeducação alimentar; Campanhas educativas sobre perigos da obesidade, do uso de tabaco, sobre os perigos do sedentarismo; palestras sobre saúde na terceira idade.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Conseguir alcançar o público alvo. Financeiro: Recursos para programas em saúde; para a contratação de especialistas para palestras com educador físico e nutricionistas; recursos para materiais para atividades práticas em cursos para a população. Político: Conseguir adesão dos gestores e autorização para disponibilizar profissionais para cursos e palestras.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Adesão da população para participar do projeto. Político: Autorização dos gestores para cursos e palestras na UBS. Financeiro: recursos para contratação de palestrantes e para compra de materiais para a unidade com o intuito de promover cursos e momentos de encontro entre a comunidade para a educação em saúde.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria Municipal de Saúde: Motivação favorável na redução de complicações causadas pela hipertensão e para a educação em saúde para a população idosa. Gestor da UBS: Motivação favorável. Equipe de saúde da UBS: Motivação favorável. Ações: Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com o secretário de saúde; reuniões com a associação da comunidade; reuniões com pacientes e familiares para expor a necessidade de mudanças nos hábitos alimentares.
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem/ Nutricionistas. Três meses para o início das atividades e cinco meses para o término.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação as ações	Apresentação mensal dos resultados após as ações do projeto se iniciarem. Apresentação de quadro de resultados para os gestores da unidade e da Secretaria da saúde.

Quadro 7 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta prevalência de pacientes com hipertensão arterial sistólica isolada em pacientes idosos e baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Estrela Dalva, do município Contagem, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Baixa adesão ao tratamento para hipertensão arterial sistólica isolada
6º passo: operações	Adesão ao tratamento medicamentoso; visitas domiciliares para acompanhamento dos idosos em tratamento; incentivar atividade física com acompanhamento; incentivar cessação do tabagismo; incentivar abandono do uso de álcool ou outras substâncias que possam interferir no tratamento; promover ações educativas para alimentação saudável.
6º passo: projeto	Saúde do idoso
6º passo: resultados esperados	Aumento à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.
6º passo: produtos esperados	Palestras para informar da importância do tratamento; monitoramento da equipe através de visitas domiciliares; reuniões com pacientes e familiares para falar sobre a doença e sobre o tratamento; elaborar uma planilha de acompanhamento de paciente em tratamento.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Adesão da população alvo aos cursos e palestras; adesão aos programas para hipertensos e diabéticos. Financeiro: Verbas para contratação de palestrantes e agentes comunitários para acompanhar o tratamento dos idosos em domicílio. Político: Aprovação do projeto para melhorar a qualidade de vida de idosos hipertensos.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Adesão da população para todas as atividades propostas no projeto. Político: Autorização para realização das atividades contidas no programa e autorização para contratação de agentes para ajudar no acompanhamento do tratamento. Financeiro: Liberação de verbas para a execução do projeto.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria Municipal de Saúde: Motivação favorável. Gestor da UBS: Motivação favorável. Equipe de saúde da UBS: Motivação favorável. Enviar projeto para aprovação; enviar proposta de contratação de palestrantes e de agentes comunitário para acompanhamento em domicílio; reuniões para discutir a viabilidade do projeto junto à comunidade.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médicos/ Enfermeiros/ Técnicos de Enfermagem/ Nutricionistas. Três meses para o início das atividades e cinco meses para o término.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões com toda a equipe de saúde quinzenalmente para apresentar os resultados alcançados e propor novas estratégias.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto proporcionou detectar todos os problemas existentes na comunidade atendida pela UBS Estrela Dalva em Contagem. Acredita-se que a sua execução possa mudar a qualidade de vida dos idosos com hipertensão, já que alguns já se encontram em alto risco para doenças cardiovasculares.

Tem-se percebido que a baixa adesão tem se tornado muito comum em tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, principalmente da hipertensão, já que é considerada uma doença silenciosa, porém com grande número de casos de comprometimento da qualidade de vida como de óbitos.

Os idosos encontram, de certa forma, mais dificuldades para seguir o tratamento de acordo com o que foi prescrito pela equipe de saúde, as razões para a baixa adesão ao tratamento vão desde esquecimento até alegações de efeitos colaterais, principalmente, por causa de interações medicamentosas, já que os idosos, em sua maioria, usam outros medicamentos que podem causar efeitos desagradáveis e indesejáveis.

Com a implantação do projeto as mudanças podem ser positivas para a saúde dos idosos hipertensos, pois, além da redução dos riscos de complicações, os idosos aumentarão as chances de reduzir o número de internações e até mesmo do risco de óbitos.

REFERENCIAS

ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J. Health Sci. Inst.**, v. 30, n. 3, 2012.

BARBOSA, J. B. et al. Prevalência de Hipertensão Arterial e Fatores Associados em São Luís – MA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v. 91,n.4, p.260-266, 2008.

BARRETO, A. C. P.; SANTELLO, J. L. **Manual de Hipertensão**: entre a evidência e a prática clínica. São Paulo: Lemos, 2002.

BRAND, C.; SCHUH, L.X.; GAYA, A. R. Atenção primária e os desafios à promoção da qualidade de vida de hipertensos. Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS. Brasil.**Cinergis.**, v.14,n.3,p.161-165, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Indicadores e Dados Básicos. Brasil. 2006: **IDB-2018**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em 23 set 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 6 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa. **Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil_Amigo_Pessoa_Idosa/Orientacoes_Implementacao_Linha_Cuidado_AtencaoIntegral_Saude_Pessoa_Idosa_SUS.pdf. Acesso em: 06 out. 2019.

CHAVES, E. S. et al. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 543-547, Ago. 2006.

CUPPARI, L. **Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis**. Barueri, São Paulo: Manole, 2009.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIACAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf. Acesso em: 6 out. 2019.

FERREIRA, S. R. G. et al. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**. v.43, n.2, p. 98-106, 2009.

FRANCISCHETTI, E.; SANJULIANI, A. F. **Tópicos especiais em hipertensão arterial**. São Paulo: BBS Editora, 2005.

GAZONI, F. M.; BRAGA, I. L. S.; GUIMARAES, H. P.; LOPES, R. D. Hipertensão sistólica no idoso. **Revista Bras. Hipertensão**, v. 16, n.1, 2009.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para o sistema de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 96 p.

HARTMANN, M. et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. V.23, n.8, p. 1857-1866, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de indicadores sociais. **Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: 2018. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf> Acesso de 28 ago 2020.

JOBIM, E. F. C. Hipertensão arterial no idoso: classificação e peculiaridades. **Revista Brasileira Clin. Medica**, v.6, n. 1, 2008.

MALACHIAS, M. V. B. 7ª. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro: v.17, n.1, p.2-3, 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf . Acesso em: 6 out. 2019.

NOBRE, F. et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. V.17, n.1, 2010

SBH, Sociedade Brasileira de Hipertensão. **V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 89, n. 3, Set. 2007. 56 p.

VARGAS, C. M.; INGRAM, D. D.; GILLUM, R. F. Incidence of hypertension and educational attainment. **American Journal of Epidemiology**. V. 152, n.3, p. 272-278, 2000.