

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

KEYLA MONTALVO SANTANA

**HIPERTENSAO ARTERIAL SISTEMICA NO PACIENTE IDOSO, FATORES
DIFICULTADORES NA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.**

Polo Juiz de Fora/Minas Gerais
2016

KEYLA MONTALVO SANTANA

**HIPERTENSAO ARTERIAL SISTEMICA NO PACIENTE IDOSO, FATORES
DIFICULTADORES NA ADESAO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.**

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

Orientador: Prof. Alex Veloso Mendes

KEYLA MONTALVO SANTANA

**HIPERTENSAO ARTERIAL SISTEMICA NO PACIENTE IDOSO, FATORES
DIFICULTADORES NA ADESAO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.**

Banca examinadora

Examinador 1- Prof. Alex Veloso Mendes.

Examinador 2- Prof.^a Zilda Cristina dos Santos, Universidade federal do triangulo
Minero- UFTM.

Aprovado em Belo Horizonte, em: ____/____/2016.

... A saúde não é mais medida pela presença ou não de doenças, e sim pelo grau de preservação da capacidade do indivíduo... (RAMOS, 2003)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiro a deus por permitir-me estar neste país tão maravilhoso, e poder brindar meus conhecimentos para ajudar as pessoas que assim precisem, além de enriquecer minha aprendizagem de novas culturas, costumes, e sistema de saúde. A todos os que ajudaram na realização e confecção deste TCC, meus amigos, minha família, meus pacientes e equipe de saúde que sem a colaboração e compreensão deles não seria passível. Muito obrigada a todos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro deus por estar sempre comigo, guiar sempre meus passos pela vida e minha profissão. A minha família e amigos, que sem a ajuda deles não estaria aqui hoje. A minha supervisora Danielle Ezequiel que ajudo muito, meu namorado Yusnier Villavicencio que sempre esteve lá quanto mais necessite, a minha equipe de saúde, de forma geral a todos os que aportaram seu grão de areia, obrigada a todos.

RESUMO

O maior desafio da hipertensão arterial sistêmica (HAS) em pacientes idosos é a adesão ao seu tratamento, sendo assim, este estudo teve como objetivos Identificar os fatores que influenciam na adesão ao tratamento da hipertensão arterial em idosos hipertensos em nossa área de abrangência, identificar os principais motivos referidos pelos pacientes hipertensos para a não adesão aos tratamentos e avaliar o nível de conhecimento dos pacientes sobre a hipertensão arterial e riscos. O problema prioritário é a hipertensão arterial no idoso, mediante o estudo do diagnóstico situacional da saúde do PSF III. Dr. Avelino Dias Pimont, uma amostra de 307 pacientes idosos hipertensos a través do método de estimativa rápida. Os resultados mostram que a principal razão para a não adesão ao tratamento medicamentoso do paciente é o déficit ou pouco conhecimento da doença e insuficiente nível de escolaridade dos pacientes, o baixo nível económico e o alto custo dos medicamentos que não são fornecidos pelo SUS. Além de hábitos de vida não saudáveis de alguns deles. Conclui-se que nossa equipe tem que planejar medidas e ações de intervenção com o objetivo de aumentar o número de pacientes aderentes ao tratamento e melhorar a qualidade de vida deles.

Palavras-chave: hipertensão arterial; pessoas idosas; educação para a saúde; recusa do paciente ao tratamento.

ABSTRACT

The biggest challenge of systemic arterial hypertension (SAH) in elderly patients is adherence to their treatment, therefore, this study aimed to identify the factors that influence in adherence to the treatment of hypertension in elderly hypertensive patients in our area, identify the main reasons referred to by hypertensive patients for the non-adherence to treatment and assess the level of knowledge of the patients about high blood pressure and risks. A sample of 307 hypertensive elderly patients, through the rapid assessment method. The results show that the main reason for non-adherence to drug treatment of the patient is the lack or little knowledge of disease and inadequate education level of patients, low economic level and the high cost of medicines that are not provided by SUS. It is concluded that our team has to plan intervention measures and actions with the objective of increasing the number of patients adhering to treatment and improve the quality of their lives.

Key words: hypertension; elderly; health education; refusal of the patient to treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS's** agentes comunitários da saúde
- ARA-II** antagonista dos receptores angiotensina II
- DPOC**- doença pulmonar obstrutiva crônica
- ESF**- estratégia de saúde familiar
- HAS**- hipertensão arterial sistêmica
- IBGE**- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH**- índice desenvolvimento humano
- IECA**- inibidores da enzima convertidora de angiotensina II
- IRC**- insuficiência renal crônica
- JNC**- joint national committee
- Km**- quilômetro
- mm**- milímetro
- mmHg**- milímetro de mercúrio
- NIH**- national institutes of health
- PA**- pressão arterial
- PAD**- pressão arterial diastólica
- PAS**- pressão arterial sistêmica
- PSF**- programa de saúde familiar
- REMUME**- relação municipal de medicamentos essenciais
- SAH**- sistemic arterial hypertention (hipertensão arterial sistêmica)
- SIAB**- sistema de informação da atenção básica
- TCC**- trabalho de conclusão de curso

SUMÁRIO

| | | |
|-----------|-----------------------------------|-----------|
| 1. | INTRODUÇÃO | 11 |
| 2. | JUSTIFICATIVA | 27 |
| 3. | OBJETIVOS | 29 |
| 3.1 | Objetivo geral | 29 |
| 3.2 | Objetivos específicos | 29 |
| 4. | METODOLOGIA | 30 |
| 5. | RESULTADOS | 32 |
| 6. | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 42 |
| 7. | REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 46 |
| 8. | ANEXO | 50 |

1. INTRODUÇÃO

Rio Novo é um município do estado de Minas Gerais, fundado o dia 13 Setembro dos 1870. Ao longo do tempo, deu origem aos municípios de São João Nepomuceno, Descoberto, Chácara, Piau, Tabuleiro e Goiana. Situado a 454 metros de altitude. As coordenadas geográficas do município Latitude: 21° 27' 54" Sul, Longitude: 43° 6' 60" Oeste. Ao norte: Tabuleiro e Guarani; a Oeste: Piau; ao sul: Coronel Pacheco e Chácara; a sudeste e leste: São João Nepomuceno; a leste: Descoberto. À distância até a capital (Belo Horizonte) é 297 km. A economia é baseada em atividades agrícolas e de serviços. Wiki/Rio-Novo

Segundo os dados do censo/IBGE 2010 a população do Rio Novo é de 8712 habitantes, o índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,707 (alto) e a taxa de urbanização de um 86.85%. Wiki/Rio-Novo

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil, pelo Ministério da Saúde em 1994. É conhecida hoje como "Estratégia de Saúde da Família" (ESF), por não se tratar mais apenas de um "programa" A Estratégia de Saúde da Família visa à reversão do modelo assistencial vigente, onde predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Wiki/Rio-Novo

A implantação do programa em Rio Novo surgiu no final do ano 2002 como estratégia de saúde familiar. Minha equipe da saúde consta de 15 integrantes, de forma geral todos tem boa situação social, bom relacionamento com a população. A área abrange um território de 799 famílias para um total de 2411 habitantes. Aproximadamente o 20% de minha população é idosa, concordando com os dados encontrados na literatura nacional.

Segundo a PRESIDENCIA da republica, secretaria dos direitos humanos, sobre os dados sobre envelhecimento no Brasil afirmar que: ... “Em 2012, 810 milhões de pessoas têm 60 anos ou mais, constituindo 11,5% da população global. Projeta-se que esse número alcance 1 bilhão em menos de dez anos e mais que duplique em 2050, alcançando 2 bilhões de pessoas ou 22% da população global”.

Segundo a V Diretriz Brasileira de hipertensão arterial (2006) diz que: “Estima-se que pelo menos 60% dos idosos brasileiros, indivíduos com 60 anos ou mais, é hipertenso. A maioria apresenta elevação isolada ou predominante da pressão sistólica, aumentando a pressão de pulso, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares. A prevalência de outros fatores de risco, como a síndrome metabólica, também aumenta com a idade, elevando ainda mais o risco cardiovascular.”.

Segundo o VI Diretriz Brasileira de hipertensão arterial (2010, vol. 17, Cap.1, p.8): “... o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares”.

Em ordem prioritária podemos dizer que as doenças de causas cardiorrespiratórias estão em primer lugar, a hipertensão arterial no idoso é o problema de estudo de meu trabalho por estar-nos mais frequentes motivos de consulta em meu primer ano de trabalho no Brasil, também motivaram atendimento frequente complicações da hipertensão (cardiopatias, a IRC como complicações da HAS, entre outras), além de a diabetes mellitus, as DPOC, as artroses degenerativas, o hipotireoidismo, o Alzheimer, lúpus, infecciosas entre outras causas. Nosso trabalho abordara a hipertensão arterial no idoso, por representar uns dos frequentes motivos de consultas em nossa área.

1.1. Hipertensão arterial sistêmica:

Vários autores ao longo da história têm estudado este problema de saúde, por sua frequência e distribuição mundial, além de suas complicações que poderiam em alguns dos casos causarem a morte, ou deixar limitações para desempenhar o dia a dia.

Brasil atualmente possui cerca de 17,6 milhões de idosos. O envelhecimento da população é uma resposta à mudança dos indicadores da saúde, em especial a queda da fecundidade e a esperança de vida. (Brasil, 2003)

A hipertensão arterial constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade. Estima-se que a hipertensão arterial atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano. (AMARAL 2006)

Conforme CERVANTES EG (2008) em seu artigo disse que: “Em geral, quanto mais idosa é a pessoa, maior a probabilidade de desenvolver hipertensão arterial. Cerca de dois terços das pessoas com idade superior a 65 anos são hipertensas, sendo este o grupo em que a hipertensão sistólica isolada é mais frequente.”.

Como HEIMANN em seu documento (Doc. Cap.10) afirma que: “Apesar de sua alta prevalência, da gravidade de suas complicações e do fato de ser conhecida há mais de um século, a hipertensão ainda representa em grande parte um enigma quando se consideram suas causas. Na verdade, apenas em cerca de 10% dos pacientes hipertensos é possível identificar uma causa definida para a elevação da pressão arterial (...) a hipertensão primária ou essencial representa cerca de 90 % de todas as hipertensões, não se consegue encontrar uma causa definida para o distúrbio.”.

1.2. Fisiopatologia da hipertensão:

NOBRE (2000. Cap. 70, p. 303) explica que: “O desenvolvimento da hipertensão arterial depende da interação entre predisposição genética e fatores ambientais. Sabe-se, no entanto, que a hipertensão arterial é acompanhada por alterações funcionais do sistema nervoso autônomo simpático, renais do sistema

renina angiotensina, além de outros mecanismos hormonais. Assim, a hipertensão resulta de várias alterações estruturais que tanto amplificam o estímulo hipertensivo, quanto causam dano cardiovascular.”.

Com o envelhecimento, ocorrem alterações no sistema cardiovascular que envolve tanto a função miocárdica central quanto o sistema vascular periférico. A parede arterial experimenta, com o aumento da idade, uma profunda reestruturação. O enrijecimento dos vasos arteriais ocorre com o aumento da idade, assim como a diminuição da elasticidade. O engrossamento das paredes é um processo fisiológico normal conhecido como fisioesclerose, diferenciando-se da arteriosclerose, que constitui uma doença (HOFFMANN, 2002).

As modificações na parede arterial são a principal condição que leva o indivíduo idoso a desenvolver um quadro de hipertensão arterial sistêmica.

A hipertensão arterial apresenta duas faces na fisiopatologia. Pode ser:

- **Primária (idiopática) ou essencial:**

Quando resulta de fatores genéticos, de uma dieta com alto teor de sódio, da obesidade, da inatividade física, do estresse psicológico, de uma combinação destes fatores ou de outros fatores ainda por serem substanciados ou determinados, como a hipertensão secundária permite falar de diversas patologias (LEITE, 1997).

Existem vários mecanismos invocados para explicar a hipertensão dita primária ou essencial. Eles são os fatores Genéticos, mecanismos Neuro-hormonais, esteroides e o sistema renina angiotensina, (detendo-nos devido a sua importância na fisiopatologia, classificação, prognóstico e terapêutica da hipertensão).

Fatores Genéticos:

A hereditariedade é um fato comum entre os pacientes portadores de hipertensão essencial. (BEVILACQUA, 1998).

Conforme proposta de LEITE (1997), a sobrecarga do sistema cardiovascular causada pelo aumento da pressão arterial e pela ativação de fatores de crescimento leva a alterações estruturais de adaptação, com estreitamento do lúmen (Luz da artéria, diâmetro da circunferência arteriolar) arteriolar e aumento da relação entre espessura da média e da parede arterial. Isso aumenta a resistência ao fluxo e a resposta aos estímulos vasoconstritores. A adaptação vascular instala-se rapidamente. Além de fatores genéticos, outro fator que não deve ser ignorado dentro do estudo da hipertensão é o sistema nervoso, que pode interferir positivamente ou negativamente, de acordo com o estado emocional do indivíduo.

Mecanismos Neuro-Hormonais:

Para BEVILACQUA (1998), na hipertensão essencial haveria uma sensibilidade dos barorreceptores à hipertensão, com conseqüente falha do mecanismo regulador do armazenamento e liberação das catecolaminas levando a uma liberação excessiva da mesma.

NOBRE (2000) confirma a teoria de BEVILACQUA (1998), afirmando que o sistema nervoso simpático tem grande importância na gênese da hipertensão arterial e contribui para a hipertensão relacionada com o estado hiperdinâmico.

Esteroides

Os hormônios podem ser classificados como esteroides e não esteroides. Os hormônios esteroides são lipossolúveis e a maioria é formada a partir do colesterol. Hormônios não esteroides são proteínas, peptídeos ou aminoácidos. Duas classes de hormônios esteroides são sintetizadas no córtex da glândula renal: os mineralocorticoides, principalmente a aldosterona, têm importante participação na regulação do metabolismo do sódio. A aldosterona é oriunda do córtex suprarrenal, regula a atividade da região mais externa da glândula suprarrenal ou da angiotensina II e também influenciada pela retenção ou depleção de sódio (BEVILACQUA, 1998).

Eles se distribuem em todos os tecidos e, no rim, aumentam a reabsorção do sódio e excreção de potássio, além de inibir a secreção de renina (citada na próxima seção) pelas células justa glomerulares. O mecanismo dos esteroides é mais bem entendido ao se encaixar com sistema renina angiotensina, que explica a mais confirmada causa da hipertensão arterial sistêmica.

Sistema Renina Angiotensina:

Este é, sem dúvida, o fator mais estudado a que se atribui, em parte, o processo hipertensivo. O sistema renina- angiotensina está envolvido no controle fisiológico da pressão arterial e no controle do sódio. Tem importantes implicações no desenvolvimento da hipertensão renal e está envolvido na patogênese da hipertensão arterial essencial. Completando o mecanismo renina-angiotensina, cita-se a participação da aldosterona, que tem sua produção estimulada pela angiotensina II, atuando sobre córtex suprarrenal. A aldosterona, por sua vez, tem uma ação renal que leva ao aumento da reabsorção de sódio nos túbulos distais e produz uma retenção de sódio e água, com conseqüente aumento de volume extracelular. O sistema renina-angiotensina produz variações no volume homeostático e na atividade vasoconstritora, o que leva à hipertensão arterial. (BEVILACQUA, 1998).

- **Secundária:**

Quando é proveniente de problemas renais, endócrinos, doenças do colágeno, uso de anticoncepcionais e surgir durante a gravidez, devido à toxemia. (LEITE, 1997).

1.3. Conceito ou definição de Hipertensão arterial no idoso:

Atualmente, sabe-se que 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 idoso. Ante a efetividade do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, é uma doença de difícil controle, provavelmente devido à baixa adesão ao tratamento completo

(medicamentos, diminuição do nível de estresse, alimentação adequada e atividade física regular).

No adulto com mais de 74 anos, pode-se aceitar um limite de 150/90 mmHg, tendo em conta a rigidez fisiológica da parede arterial (CARVALHO Filho, 2012).

Em termos de valores de pressão arterial em idosos, paciente em repouso, considera-se como normais valores até 150 mmHg para a pressão sistólica (máxima) e até 90 mmHg para a pressão diastólica (mínima). (MORELLI, 2004).

Até o final da década de 1990, considerava-se um idoso hipertenso, quando apresentava 16/9,5 de pressão, ou seja, 160 mm/95 mm de mercúrio. A incidência de hipertensão está nitidamente relacionada com a idade (SOARES, 2011, MORELLI, 2004).

1.4. Fatores de Risco para Hipertensão Arterial Sistêmica

Com o envelhecimento populacional, temos um aumento da prevalência de doenças crônicas, incapacitantes. As doenças diagnosticadas em um indivíduo idoso, geralmente, não admitem cura e, se não forem devidamente tratadas e acompanhadas ao longo dos anos, tendem a apresentar complicações e sequelas que comprometem a independência e a autonomia do paciente.

Os National Institutes of Health (NIH) (1999) argumentam que a pressão arterial normal, pode ser obtido, seguindo as recomendações abaixo:

- a) Perder peso: A obesidade mais do que triplica o risco de desenvolvimento de hipertensão, com o risco aumentando fortemente com o aumento de peso corporal. A perda de apenas 2,3 a 4,5 quilogramas pode diminuir a pressão arterial diastólica em 5 mmHg;
- b) Reduzir a ingestão de sal a menos de 2.3 mg (uma colher de chá) por dia: a diminuição do consumo de sal de meia colher de chá por dia reduz a pressão arterial sistólica em aproximadamente 5 mmHg e a diastólica em cerca de 2,5 mmHg;

- c) Manter a ingestão dietética adequada de potássio (frutas e vegetais): o Potássio, comum nas frutas e vegetais frescos, parece auxiliar na redução de pressão pela promoção do aumento de sal excretado pela urina;
- d) Suspender a ingestão alcoólica: o consumo exagerado de álcool causa um aumento na pressão arterial.

1.5. Classificação da hipertensão arterial:

SEBBA a classifica a hipertensão arterial em estágios em quanto a cifras tencionais:

- Estágio I: hipertensão acima de 140 por 90 e abaixo que 160 por 100
- Estágio II: hipertensão acima de 160 por 100 e abaixo de 180 por 110
- Estágio III: hipertensão acima de 180 por 110.

De acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, os doutores Pinto e Ferreira classificam os níveis de PA para pessoas com mais de 18 anos de conforme a (Quadro 1).

Quadro 1. Classificação da pressão arterial. (VDB de HAS 2006)

| Classificação da pressão arterial | PAS (mmHg) | PAD (mmHg) |
|--|-------------------|-------------------|
| Ótima | <120 | <80 |
| Normal | <130 | <85 |
| Limítrofe | 130-139 | 85-89 |
| Estagio 1 | 140-159 | 90-99 |
| Estagio 2 | 160-179 | 100-109 |
| Estagio 3 | ≥180 | ≥110 |
| Hipertensão sistólica isolada | >140 | <90 |

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006.

Segundo o VII Joint National Committee a classificação da pressão arterial segundo os valores da pressão arterial sistólica e da pressão diastólica:

Quadro 2. Classificação da pressão arterial. (VII JNC)

| Classificação da pressão arterial | PAS (mmHg) | PAD (mmHg) |
|--|-------------------|-------------------|
| Normal | <120 | <80 |
| Pré-hipertensão | 120-139 | 80-89 |
| Hipertensão estágio 1 | 140-159 | 90-99 |
| Hipertensão estágio 2 | ≥160 | ≥100 |

Fonte: Modificado de Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. JAMA 2003; 289:2560-72.

1.6. Diagnóstico de Hipertensão:

A dificuldade em se diagnosticar a hipertensão arterial é ainda agravada pela variabilidade da pressão arterial em cada indivíduo. A pressão arterial varia de acordo com a hora do dia, com o grau de atividade física e com o estado emocional, podendo ser influenciada até mesmo pela presença do médico, (“hipertensão do jaleco branco”) (HEIMANN, Cap.10).

Segundo KOHLMANN Jr. No III consenso brasileiro de hipertensão arterial em seu Capítulo 1(1999) afirma que: “O diagnóstico da hipertensão arterial é basicamente estabelecido pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade, quando a pressão arterial é determinada por meio de métodos e condições apropriados...”.

1.7. Tratamento da Hipertensão arterial no idoso.

GUILLEN (2010) explica que a abordagem terapêutica para hipertensão em idosos não é diferente, apesar de suas peculiaridades do aceite para a totalidade do HAS. Em qualquer caso, usando drogas, a dose inicial deve ser menos que o habitual, aumentando gradualmente para atingir valores de tensão adequada e diminuir os efeitos secundários que surge.

KOHLMANN Jr. (III consenso de hipertensão recomenda em seu cap. 2), avalia os componentes para a estratificação do risco individual dos pacientes em função da presença de fatores de risco e de lesão em órgãos-alvo:

Fatores de risco maiores

- Tabagismo
- Dislipidemia
- Diabetes mellitus
- Idade acima de 60 anos
- Sexo: homens ou mulheres pós-menopausa
- História familiar de doença cardiovascular em: - mulheres com menos de 65 anos de idade - homens com menos de 55 anos de idade

Lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares

- Doenças cardíacas:
 - hipertrofia ventricular esquerda;
 - angina ou infarto prévio do miocárdio;
 - revascularização miocárdica prévia;
 - insuficiência cardíaca.
- Episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico
- Nefropatia
- Doença vascular arterial periférica
- Retinopatia hipertensiva

KOHLMANN Jr. No III consenso brasileiro de hipertensão no capítulo 2, disse que os pacientes podem ser classificados em três grupos de acordo com o fator de risco individual:

- Grupo A sem fatores de risco e sem lesões em órgãos-alvo
- Grupo B presença de fatores de risco (não incluindo diabetes mellitus) e sem lesão em órgão-alvo
- Grupo C presença de lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou diabetes mellitus.

Quadro 3. Decisão terapêutica baseada na estratificação do risco e nos níveis de pressão. (III consenso brasileiro de hipertensão arterial)

| Pressão arterial | Grupo A | Grupo B | Grupo C |
|---|--|---|----------------------------------|
| Normal limítrofe | Modificações no estilo de vida | Modificações no estilo de vida | Modificações no estilo de vida * |
| Hipertensão leve (estágio 1) (140-159 mmHg/90-99 mmHg) | Modificações no estilo de vida (até 12 meses) | Modificações no estilo de vida** (até 6 meses) | Terapia medicamentosa |
| Hipertensão moderada e severa (estágios 2 e 3) (> 160 mmHg/> 100 mmHg) | Terapia medicamentosa | Terapia medicamentosa | Terapia medicamentosa |

* Tratamento medicamentoso deve ser instituído na presença de insuficiência cardíaca, insuficiência renal, ou diabetes mellitus.

** Pacientes com múltiplos fatores de risco podem ser considerados para o tratamento medicamentoso inicial.

As medidas de modificação de estilo de vida podem ser recomendadas à população em geral, como forma de promoção da saúde. Além disso, essas medidas devem ser instituídas em todos os pacientes com hipertensão arterial moderada e severa (estágios 2 e 3) devem receber tratamento medicamentoso inicial. (III consenso brasileiro de hipertensão)

O tratamento medicamentoso também está indicado para os pacientes hipertensos com lesão em órgãos-alvo, ou doença cardiovascular, ou diabetes mellitus, independentemente do estágio da hipertensão arterial. Pacientes com valores de pressão arterial enquadrados na faixa normal limítrofe, mas pertencentes ao grupo de risco C devem receber tratamento medicamentoso caso apresentem insuficiência cardíaca, insuficiência renal, ou diabetes mellitus. Na hipertensão leve (estágio 1), os pacientes enquadrados nos grupos de risco A e B são elegíveis para ser tratados unicamente com modificações no estilo de vida por 6 a 12 meses. Se, nesse período de acompanhamento, a pressão arterial não for controlada, o tratamento medicamentoso deverá ser considerado. A idade avançada ou a presença de pressão sistólica elevada isoladamente não alteram a decisão terapêutica. (III consenso brasileiro de hipertensão)

GUILLEN (2010) disse que todos os grupos farmacológicos podem ser usados no idoso.

Incluindo os betabloqueadores, também são muito usados os diuréticos, os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) são usados principalmente em casos de ictus, insuficiência cardíaca, Diabetes Mellitus ou dano renal. Os antagonistas dos receptores da angiotensina (ARA-II) tem similar indicação que os IECA e com melhor tolerância. Os alfa-bloqueadores é idôneo no idoso com hipertrofia de próstata e como segundo fármaco na hipertensão não controlada.

GUILLEN (2010) conclui que: Se o medicamento escolhido não controla a PA em 01 a 03 meses, caberão as seguintes opções:

- a) Aumentar a dose
- b) Substituir o fármaco,
- c) Acrescentar um segundo fármaco (diurético se não é o primeiro em uso).

As associações mais aconselháveis no idoso hipertenso são IECA/ARA-II-diurético e IECA-cálcio-antagonista, também a adição de um alfa-bloqueante ao resto do grupo.

Se apesar destas medidas são incapazes de controlar PA deve-se adicionar uma terceira droga ou, talvez melhor, considere para encaminhar o paciente para um serviço especializado.

Aspecto importante a considerar é que reação do indivíduo, ao saber que deverá tomar um remédio toda a vida... Por isso, é fundamental alertar os pacientes e os profissionais que lidam com eles sobre a importância da aderência medicamentosa... No estudo realizado para investigar por que interrompiam o tratamento. A primeira causa foi à falta de dinheiro, como imaginávamos, porque nem sempre os remédios para controlar a pressão arterial são oferecidos gratuitamente. No entanto, como segunda e terceira causas (que somadas equivaliam à primeira), eles deixavam de tomar o remédio, porque não entendiam direito à receita ou achavam que estavam curados. Portanto, metade dos hipertensos que abandonam o tratamento, faz isso por desinformação. (SOARES, 2011)

Segundo a V diretriz Brasileira de HAS afirma que a adesão ao tratamento pode ser definida como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente. Vários são os determinantes da não adesão ao tratamento, como se menciona a seguir:

- Falta de conhecimento do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar doença assintomática e crônica,
- Baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, baixa autoestima,
- Relacionamento inadequado com a equipe de saúde, tempo de atendimentos prolongados, dificuldades na marcação de consultas, exames laboratoriais e Inter consultas especializadas,
- Custo elevado dos medicamentos, ocorrências de efeitos indesejáveis e interferência na qualidade de vida após início do tratamento.

Os percentuais de controle de pressão arterial são muito baixos, apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares, em razão da baixa adesão ao tratamento. A taxa de abandono, grau mais elevado de falta de adesão, é crescente conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica.

A seguir indicam-se sugestões para melhorar a adesão às prescrições para os hipertensos.

- Educação em saúde com enfoque nos conceitos de hipertensão e suas características
- Orientações sobre os benefícios do tratamento medicamentoso e mudanças do estilo de vida
- Informações detalhadas aos pacientes sobre os possíveis efeitos adversos dos medicamentos e as necessidades no ajuste das doses
- Cuidados e atenções particularizadas em conformidade das necessidades
- Atendimento medico facilitado

GUSMAO JL, et al (2009) em seu trabalho afirma que: Os principais fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento anti-hipertensivo estão relacionados a seguir:

- Fatores relacionados ao paciente.
- Fatores relacionados à doença.
- Fatores relacionados a tratamento.
- Fatores relacionados ao cuidador.
- Fatores relacionados à equipe e o sistema de saúde.

Fatores relacionados ao paciente: Os fatores ligados ao paciente que interferem no processo de adesão podem estar relacionados às características biossociais, como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, crenças de saúde, hábitos de vida e aspectos culturais. O conhecimento e as crenças dos pacientes sobre sua doença, a motivação para controlá-la, sua habilidade para associar seu comportamento com o manejo da doença e suas expectativas no resultado do tratamento podem influenciar negativamente na adesão.

Fatores relacionados à doença: A falta de sintomas na hipertensão arterial dificulta a sua valorização. Sua cronicidade, ausência de sintomas, bem como as complicações tardias, pioram a adesão. Além disso, as co-morbidades presentes e mais frequentes nessa população mais idosa acabam por dificultar algumas estratégias de tratamento (atividades aeróbicas com restrição de movimentos por osteoartrose, uso regular dos medicamentos com síndrome demencial – Alzheimer, vascular).

Fatores relacionados a tratamento: Os principais fatores que afetam a adesão estão relacionados à complexidade do regime terapêutico, como número de doses, comprimidos e horário das tomadas, duração do tratamento, falha de tratamentos anteriores, mudanças frequentes no tratamento e influência na qualidade de vida.

Fatores relacionados ao cuidador: O comprometimento do cuidador, principalmente em pacientes idosos com várias co-morbidades, pode influenciar a adesão ao tratamento: quanto mais comprometido estiver o cuidador, mais fácil será o tratamento.

Fatores relacionados à equipe e o sistema de saúde: A influência do sistema de saúde e da equipe na adesão ao tratamento é aspecto a ser considerado no tratamento de pacientes com doenças crônicas. É na relação médico-paciente que se inicia a conquista da adesão (...) um bom relacionamento médico-paciente pode melhorar a adesão ao tratamento. Aspectos inerentes ao sistema de saúde e à instituição também podem prejudicar a adesão ao tratamento. Serviços de saúde pouco desenvolvidos, sistema de distribuição de medicamentos ineficaz, sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde com conseqüente 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.

Posso concluir dizendo que a hipertensão arterial no idoso é um problema de saúde por sua frequência e distribuição mundial, além de suas complicações poderiam deixar limitações para o desenvolvimento das atividades diárias, o acarrear a morte. No desenvolvimento da hipertensão arterial encontram-se numerosas causas que pode ser divididos em fatores internos (genéticos) ou fatores externos (ambientais). Consideram vários autores como hipertensão no idoso a níveis pressórico acima de 150/90 mmHg, associados a fatores de risco como a obesidade, ingestão de sal exagerada, pouca ingestão dietética de potássio, o habito de fumar e a ingestão de bebidas alcoólica.

KOHLMANN Jr. No III consenso brasileiro de hipertensão arterial no capítulo 1 afirma que o diagnóstico da hipertensão arterial se estabelece por níveis tensionais elevados acima dos limites de normalidade. O tratamento da hipertensão arterial no idoso está encaminhado a melhorar a esperança e qualidade de vida destes pacientes e prever complicações que poderiam ser fatais pela vida do paciente além de gerar crise na família e a sociedade. Entre os fatores que podem interferir na

adesão ao tratamento da hipertensão se encontram: o nível educacional do paciente, a desinformação, alto custo dos remédios, vínculo inadequado entre o médico e o paciente, entre outros.

2. JUSTIFICATIVA

Com a realização deste trabalho foi demonstrado os fatores que interferem na adesão ao tratamento em pacientes hipertensos, uns dos problemas de saúde de maior incidência detectados em minha área de abrangência.

A população idosa é crescente nestes dias e a prevalência de desenvolver hipertensão arterial é muito alta. Com o envelhecimento ocorrem modificações anatômicas e fisiológicas no sistema cardiovascular e ligado aos hábitos de vida inadequados predispõe risco cardiovascular, sendo a hipertensão a doença mais frequente em aparição.

Devido à idade as artérias perdem a elasticidade, tornam-se mais rígida, têm menos capacidade para adaptar-se às altas pressões, o que faz com que eles podem quebrar ou tornar-se obstruído mais facilmente causa complicações vasculares mais vezes do que em hipertensos indivíduos mais jovens: angina pectorais, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, hemorragia ou trombose cerebral e insuficiência renal (CLUBE do hipertenso, 2011).

A aderência ao tratamento anti-hipertensivo constitui um problema frequente também nesta faixa etária e provavelmente é o maior desafio que enfrentamos hoje para o controle adequado (...) da hipertensão. A HAS é uma doença crônica, com longo curso assintomático, sem consequência imediata da suspensão do tratamento, que exige mudanças no estilo de vida e uso diário de medicamentos. Dessa forma, os pacientes devem ser educados em relação à doença durante as consultas médicas e, sempre que possível, em grupos com assistência multiprofissional. No início do tratamento e nos ajustes de dose pode-se conseguir melhor controle e aderência com a realização de retornos ambulatoriais frequentes a cada 3 a 4 semanas (MIRANDA, 2002).

A hipertensão arterial é responsável por o alto numero de hospitalizados todos os anos, o que significa custos elevados para o município e familiares. Por esta razão nos vamos a planejar um plano de intervenção para melhorar a qualidade

da vida destes pacientes, e tentar diminuir as possíveis complicações que puderam aparecer e assim os gastos.

GUSMAO JL, et. al (2009) afirma que: A hipertensão arterial possui evolução silenciosa e lenta e seu tratamento requer mudanças dietéticas e comportamentais, além de rigor ao seguir a prescrição medicamentosa. O grau de adesão também pode ser avaliado e tem como extremo o abandono do seguimento. Uma boa estratégia para fazer o paciente aderir ao tratamento é conscientizá-lo dos malefícios da hipertensão arterial sistólica...

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral:

- Identificar os fatores que influenciam na adesão ao tratamento da hipertensão arterial em idosos hipertensos em nossa área de abrangência.

3.2. Objetivos específicos:

- Identificar os principais motivos referidos pelos pacientes hipertensos para a não adesão aos tratamentos.
- Avaliar o nível de conhecimento dos pacientes sobre a hipertensão arterial e riscos.
- Desenhar plano de intervenção.

4. METODOLOGIA

Realizou-se o diagnóstico situacional da saúde do PSF III. Dr. Avelino Dias Pimont, a través do método de estimativa rápida, desenvolvida na área III, do município Rio Novo, de Minas Gerais. Foram coletados dados referentes à saúde do grupo populacional a estudar neste trabalho, analisaram-se as condições socioeconômicas. Também se levantou dados nas consultas médicas de controle da hipertensão e durante as visitas domiciliares, assim como também coletaremos dados dos prontuários médicos, e do sistema de informação da atenção básica (SIAB). Com o objetivo de identificar os fatores de risco que interferem na adesão aos tratamentos da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no idoso.

A pesquisa foi desenvolvida, na área III do município, incluiu idosos (de sessenta anos e mais), nos institucionalizados, residentes na área de abrangência do PSF3, do município Rio Novo. O tamanho da mostra correspondeu com todos os idosos hipertensos já diagnosticados e os casos de diagnóstico de hipertensão no transcurso do trabalho. Tendo em conta o consentimento informado do paciente e os princípios éticos para participar no estudo.

As variáveis incluídas no presente estudo foram:

1. Presença de hipertensão arterial referida ou diagnosticada durante o estudo.
2. Socio-demográfica: sexo, idade, grupos etários, situação conjugal, número de moradores no domicílio e religião.
3. Socioeconômicas: escolaridade, renda familiar mensal per capita (em salários mínimos), e atividade ocupacional;
4. Hábitos tóxicos e conduta alimentar inadequada: ingestão de bebida alcoólica, com ou sem dependência alcoólica, hábito de fumar, índice de massa corporal (IMC), prática de exercício físico,
5. Doenças crônicas associadas: Diabetes, artrite/artrose, doença renal crônica, acidente vascular cerebral, depressão/ansiedade, enxaqueca/dor de cabeça, presença de deficiência física, número de morbidades crônicas referidas,
6. Uso de serviços de saúde no ano.

7. Conhecimento e conduta em relação ao tratamento anti-hipertensivo (adesão ou não ao tratamento anti-hipertensivo)

Para a coleta de dados se utilizo a entrevista durante consultas medicas de controle da hipertensão, os prontuários dos pacientes incluídos, as base de dados do PSF (SIAB), formulários predeterminados, e exames laboratoriais, e a observação direta.

Amostra estudada esta integrada por o total de hipertensos maior de 60 anos do PSF III, que cumpriram com os critérios de inclusão antes ditos, e as variáveis estudadas foram analisadas, comparadas, e relacionadas entre si para a obtenção dos dados e confecção do informe final (TCC).

5. RESULTADOS

Em nossa área de abrangência temos um total de 2411 pacientes, onde a população idosa é composta por 843 pacientes, que representa um 34.97% do total, concordando com a literatura até agora revisada, predominando o sexo feminino sobre o masculino (tabela 1).

No análise das variáveis, sócias demográficas, podemos ver que no estudo realizado se entrevistou durante as consultas médicas um total de 587 hipertensos, onde sexo feminino predominava sobre o masculino com um 57.07% sobre 42.93%, de eles integrou a mostra de estudo 307 pacientes correspondendo aos critérios de inclusão. Distribuindo-se em 176 pacientes femininas para um 29.98% do total de pacientes femininas hipertensas do PSF III e 131 pacientes são masculinos representando um 22.32% deste total (tabela 2).

Dos 307 pacientes estudados com idades igual ou maior aos 60 anos e moradores na área 3, encontramos que 131 pacientes eram do sexo masculino e 176 pacientes pertenciam ao sexo feminino correspondendo ao 42.67 e 57.33% respectivamente do total de idosos hipertensos (tabela 3).

Na distribuição dos pacientes idosos hipertensos em grupos etários e segundo sexo, pode observar-se que o maior grupo em idosos está entre 60-69 anos, com 170 pacientes para um 55.37% predominando o sexo feminino na maioria dos casos (tabela 4).

Em termos de situação conjugal se observa que predomina o número de idosos viúvos do sexo feminino com um total de 154 pacientes representando 50.16 % do total (tabela 5).

Uns dos fatores que poderia interferir na adesão ao tratamento nos idosos, poderia ser a convivência deles com o resto dos familiares, e os diferentes roles desenvolvido pelo demais integrantes da família com relação aos idosos, por exemplo, famílias pequenas onde o idoso é a única fonte de ingressos; idosos que ficam aos cuidados de menores ou dependentes deles, ou idosos que ficam sozinhos

porque o resto dos integrantes trabalha. Em minha área predominam idosos morando em famílias pequenas (2 a 4 moradores), representado por um total de 121 idosos para um 39.41% respectivamente (tabela 6).

A presença dum idoso afeta a toda família e dependendo da cultura familiar e o grau de dependência do idoso para a realização das atividades se geram crise de ambas as partes, interferindo com o cuidado do idoso. No caso da viuvez ou idosos morando praticamente sozinhos, sob pouca atenção por parte dos familiares, determina em muito dos casos um estresse que poderia influenciar nos níveis pressóricos altos, em alguns dos pacientes até abandonar os tratamentos, já que na quarta etapa da vida se desenvolvem “crise” produzida pela viuvez que geram depressão.

Em alguns dos casos “a fé em deus” é quem abriga estes idosos demandantes de cuidado, e também esta “fé” é quem substitui o tratamento, porque durante a realização deste trabalho achamos idosos que expressava “não tomar remédios porque já deus tinha curado eles”, logicamente eu não estou culpando para nada a crença só que a fé ajuda sim pero o ser humano tem que fazer sua parte, neste caso seria seguir as orientações medicas.

Na tabela 7 representa a distribuição dos idosos segundo sexo e religiosidade, aí vemos que o predomínio de crença católica supera o resto com um total de 198 pacientes para um 64.5%.

Com relação ao comportamento das variáveis sócio econômicas, analisando o nível educacional dos pacientes e como poderia interferir no abandono do tratamento achamos que o maior por cento se encontrava em pacientes do ensino fundamental incompleto com 44.63 % que correspondia a 137 pacientes do total sendo mais frequente no sexo feminino com 74 idosas (tabela 8).

Observando-se de forma geral que a maioria dos idosos estudados apresenta nível educacional baixo, sendo uns dos fatores que dificulta ou interferem na adesão ao tratamento, seja por a não compreensão da importância que pode ter o controle da doença ou o nível cultural aprendido desde sua infância ou simplesmente não

compreende que o tratamento uma vez iniciado tem que continuar para o resto da vida, correspondendo e concordando com a literatura revisada e V diretriz brasileira de hipertensão arterial.

O nível econômico das famílias e especificamente em idosos tem importância na continuidade do tratamento e interfere significativamente na adesão ao tratamento indicado pelos especialistas, seja pelo custo dos remédios excessivamente altos ou preços inadequados de serviços e alimentos.

Nas tabelas 9 e 10 analisamos a atividade ocupacional e renda familiar deste grupo de idosos e obtivemos os seguintes resultados, com relação à atividade ocupacional o maior grupo se encontra em idosos aposentados com um total de 109 idosos que representam um 35.5% do total, além disto, cabe notar o grande por cento de dona de casa com 64 idosas para um 20.85%, este numero de idosas representam para suas famílias dependência econômicas já que elas não têm fonte de ingressos. Pelo antes dito uma parte destas idosas suspende ou fazem tratamento inadequado para sua doença, com péssimos resultados.

A renda familiar é um pilar de extrema importância dela depende “o dinheiro” disponível para os diferentes gastos que geram os componentes da família entre eles os idosos, que são altamente demandantes de cuidados e gastos. Em caso de idosos que residam sozinhas, é garantido o direito ao benefício, mais não é segredo para ninguém que não é suficiente para incluir todos os custos.

Na tabela 10 vemos que o maior grupo esta na renda correspondente a um salario mínimo, com um total de 171 pacientes representando 55.7%, sendo mais frequente no sexo feminino.

Após a análise das variáveis socioeconômica e sociodemográfica podemos afirmar que os fatores que interferem na adesão ao tratamento nos idosos de minha área são: nível educacional baixo num 50.16%, predominando sexo feminino, a situação sentimental é também uns dos fatores determinantes sendo a viúves quem ganho o maior total de pacientes com 154 idosos para um 50.16%, idosos pertencentes a famílias pequenas representadas por 121 idosos para um 39.41%,

por afetação da atenção e o cuidado dos idosos, outro dos fatores que achamos foi à renda familiar.

Dos fatores de risco analisados achamos com maior incidência a dieta inadequada (consumo exagerado de carboidratos) com um total de 202 pacientes, o sobrepeso com 141 pacientes e o sedentarismo com 182 pacientes são os fatores de risco mais frequentes em minha população. Eles provocam que a incidência da HAS na população aumente, e interferem no controle da doença. Analisando os fatores de risco segundo sexo pode observar que o habito de fumar, a ingesta inadequada de carboidratos, a obesidade e o sedentarismo são mais frequente no sexo masculino, e o sobrepeso com a pouca realização de exercícios são mais frequente no sexo feminino (tabela 11).

Com o curso dos anos a hipertensão arterial no idoso quase sempre esta associada a outras doenças crônicas, nossa área não é à exceção da regra, em nosso estudo achamos varias doenças crônicas associadas à hipertensão.

Na tabela 12 mostra a distribuição das doenças crônicas associadas à HAS, sendo a diabetes mellitus mais frequente nos pacientes idosos hipertensos de nossa área com um total de 117 pacientes, correspondendo com a literatura revisada, tem uma alta incidência de artrose com 91 pacientes e doenças psiquiátricas (depressão/ansiedade) com 79 pacientes. Os pacientes idosos hipertensos com comorbilidade tem maior tendência a suspender ou não fazer tratamentos adequado por a quantidade de medicamentos a tomar.

Note-se que durante nossa pesquisa e as consulta medicas achamos 2 casos com VDRL positivo, não é objetivo de nosso trabalho pero resulta preocupante porque em anos anteriores estas doenças solo eram próprias dos adultos jovens e adolescentes, neste tempo vemos um incremento desta doença em pacientes idosos.

Depois de entrevistar a todos os pacientes da amostra e preencher o formulário posso dizer que as atividades frente ao tratamento de forma geral tem incumprimento em quase todas (tabela 13).

A que maior incidência de incumprimento foi manter o regime de alimentação saudável, além que os outros itens têm afetações de igual maneira. O comportamento das atividades segundo o sexo se apresentou da seguinte maneira:

- ✓ O esquecimento ao tomar tratamento: sexo feminino **às vezes** (87 pacientes, 28.34%), sexo masculino **sempre** (43 pacientes, 14.00%).
- ✓ Toma tratamento sempre no mesmo horário: sexo feminino **raramente** (81 pacientes, 26.38%), sexo masculino **nunca** (78 pacientes, 25,41%).
- ✓ Sempre leva o tratamento quando vai viajar: sexo feminino **às vezes** (71 pacientes, 23.13%), sexo masculino **nunca** (98 pacientes, 31.92%).
- ✓ Procura remédios ou receitas antes de acabar: sexo feminino **às vezes** (89 pacientes, 28.99%), sexo masculino **nunca** (81 pacientes, 26.38%).
- ✓ Toma os medicamentos quando a pressão esta normal: sexo feminino **sempre** (84 pacientes, 27.36%), sexo masculino **raramente** (54 pacientes, 17.59%).
- ✓ Para de tomar o tratamento por si só: sexo feminino **às vezes** (87 pacientes, 28.34%), sexo masculino **nunca** (52 pacientes, 16.94%).
- ✓ Você sempre vai às consultas programadas: sexo feminino **raramente** (52 pacientes, 16.94%), sexo masculino **nunca** (71 pacientes, 23.13%).
- ✓ Segue a dieta e recomendação medica: sexo feminino **nunca** (91 pacientes, 29.64%), sexo masculino **nunca** (86 pacientes, 28.01%).

Analisando as diferentes condutas frente ao tratamento posso dizer que nos diferentes sexos não apresentam percepção do risco da doença, tem pouco conhecimento e controle sobre ela, vendo-se afetado o estado de saúde com maior predisposição para desencadear complicações e apresentar afetação da qualidade de vida destes idosos.

Plano de intervenção:

QUADRO 1: Priorização dos problemas segundo levantamento de necessidades realizado na ESF III Avelino Dias Pimont, 2015.

| Principais Problemas | Importância | Urgência | Capacidade de Enfrentamento | Seleção |
|--|--------------------|-----------------|------------------------------------|----------------|
| Hipertensos idosos não aderidos ao tratamento | Alta | 8 | Parcial | 1 |
| Baixo nível de conhecimento dos profissionais da saúde do PSF, pacientes idosos hipertensos e familiares/cuidadores. | Alta | 6 | Parcial | 2 |
| Alto número de aposentados e baixa renda familiar per-capita. | Alta | 5 | Parcial | 3 |
| Hábitos alimentares inadequados e prática de atividade física insuficiente | Alta | 5 | Parcial | 4 |

Fonte Autoria própria

QUADRO 2: Desenho das operações para resolução dos “nós” críticos do problema da HAS no idoso na ESF III Avelino Dias Pimont, Rio Novo- MG.

| Nos críticos | Operação/ projeto | Resultados esperados | Recursos necessários (recursos críticos) |
|---|--|--|--|
| Hipertensos idosos não aderidos ao tratamento | +saúde, Elevar o numero de pacientes aderidos ao tratamento | Aumento num 50% o numero de hipertensos com o controle adequado | Financeiro: para aquisição de folhetos educativos, e recursos audiovisuais. Organizacional: organização da agenda para criar o espaço de intercambio e palestras com o grupo de hipertenso. Político: articulação intersetorial com a rede de ensino. Cognitivo: conhecimento adequado sobre vantagem do tratamento. |
| Baixo nível de conhecimento dos profissionais da saúde do PSF, pacientes idosos hipertensos e familiares/cuidadores. | + saber Aumentar o nível de conhecimento dos profissionais, os pacientes e familiares/ cuidadores. | Aumentar num 70% o nível de conhecimento dos profissionais, Aumentar num 50% o nível de conhecimento dos pacientes e familiares/ cuidadores. | Financeiro: para aquisição de folhetos educativos, e recursos audiovisuais. Cognitivo: informação sobre o tema, elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos de atendimentos. Organizacional: organização de agenda para realizar aulas de superação aos profissionais e treinamento aos familiares/ cuidadores e pacientes sobre o tratamento. Político: articulação entre os sectores. |
| Alto número de aposentados e baixa renda familiar per-capita. | Cuidar melhor Maior acessibilidade aos tratamentos | Melhorar a qualidade de vida | Financeiro: para imprimir folhetos educativos e cardápios de dietas. Político: incluir medicamentos de usos frequentes e alto custo no estoque da farmácia básica. |
| Hábitos alimentares inadequados e pratica de atividade física insuficiente | Cuidar melhor Modificar hábitos e estilos de vida | Aumentar em um 40% atividade física regular. | Financeiro: financiamento de projeto. Político: articulação Intersetorial. Organizacional: organizar caminhadas e atividades físicas com educador físico, atividade e palestras sobre alimentação saudável. Cognitivo: conhecimento adequado sobre estilos alimentares saudáveis. |

Fonte: autoria própria

QUADRO 3: Proposta de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de ação para o enfrentamento dos problemas na ESF III Avelino Dias Pimont, Rio Novo-MG.

| Operação/ projeto | Recursos necessários (recursos críticos) | Controle dos recursos críticos | | Ação estratégica |
|---|--|-----------------------------------|-----------|---|
| | | Ator que controla | Motivação | |
| +saúde, Elevar o numero de pacientes aderidos ao tratamento | Financeiro: para aquisição de folhetos educativos e recursos audiovisuais. | Secretario de saúde | Favorável | Apresentar projeto de estruturação da rede |
| | Organizacional: organização da agenda para criar o espaço de intercambio e palestras com o grupo de hipertenso. | Enfermeira | Favorável | Não é necessária |
| | Político: articulação intersetorial com a rede de ensino. | Coordenador de saúde | Favorável | Apresentar projeto de estruturação da rede |
| | Cognitivo: conhecimento adequado sobre vantagem do tratamento | Médico | Favorável | Não é necessária |
| + saber Aumentar o nível de conhecimento dos profissionais, os pacientes e familiares/ cuidadores. | Financeiro: para aquisição de folhetos educativos, e recursos audiovisuais. | Secretario de saúde | Favorável | Apresentar projeto de estruturação da rede |
| | Cognitivo: informação sobre o tema, elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos. | Medico / Equipe de saúde | Favorável | Não é necessária |
| | Político: articulação entre os sectores. | Coord. de saúde | Favorável | Apresentar projeto de estruturação da rede |
| | Organizacional: organização de agenda para realizar aulas de superação aos profissionais e treinamento aos familiares/ cuidadores e pacientes sobre o tratamento. | ACS's | Favorável | Não é necessária |
| Cuidar melhor Maior acessibilidade | Financeiro: para imprimir folhetos educativos e cardápios de dietas. | Secretario de saúde | Favorável | Apresentar projeto de estruturação da rede |

| | | | | |
|--|---|-----------------------------------|-------------|--|
| aos tratamentos. | Político: incluir medicamentos de usos frequentes e alto custo no estoque da farmácia básica. | Comissão do REMUME | Indiferente | Apresentar projeto de estruturação da rede |
| Cuidar melhor Modificar hábitos e estilos de vida. | Financeiro: financiamento de projeto. | Secretario de saúde | Favorável | Apresentar projeto de estruturação da rede |
| | Político: articulação intersetorial. | Coordenador de saúde | Favorável | Apresentar projeto de estruturação da rede |
| | Organizacional: organizar caminhadas e atividades físicas com educador físico, atividade e palestras sobre alimentação saudável. | Educador físico/ nutricionista | Indiferente | Apresentar projeto de estruturação da rede |
| | Cognitivo: conhecimento adequado sobre estilos alimentares saudáveis. | Enfermeira | Favorável | Não é necessária |

Fonte Autoria própria

QUADRO 4: Plano operativo para enfrentamento dos problemas, na ESF III Avelino Dias Pimont, Rio Novo-MG.

| Operações | Resultados | Produto | Ações estratégicas | Responsável | Prazos |
|---|---|---|--|------------------------------|-----------------------|
| +saúde, Elevar o numero de pacientes aderidos ao tratamento | Aumento num 50% o numero de hipertensos com o controle adequado | Distribuir folhetos ao total de pacientes idosos hipertensos. Transmissão radial sobre temas de atualização sobre hipertensão no idoso e campanhas educativas na radio local. | Apresentar projeto de estruturação da rede | Lucio Alvin | Inicio em um mês. |
| | | Aulas e palestras de intercambio semanal | Não é necessária | Enf. Fabiana de Paiva Pontes | Imediato |
| | | Equipamento da rede. | Apresentar projeto de estruturação da rede | Anderson Matheus | Inicio em três meses. |
| | | Palestras semanais sobre vantagem do tratamento. | Não é necessária | Dra. Keyla | Inicio em um mês. |

| | | | | | |
|---|---|--|--|---------------------------------|---|
| + saber Aumentar o nível de conhecimento dos profissionais, os pacientes e familiares/cuidadores. | Aumentar num 70% o nível de conhecimento dos profissionais, Aumentar num 50% o nível de conhecimento dos pacientes e familiares/cuidadores. | Campanhas educativas na radio local. | Apresentar projeto de estruturação da rede | Lucio Alvin | Início em três meses e manter |
| | | Linha de cuidado para hipertensão no idoso implantada; protocolos implantados de recursos humanos capacitados. | Não é necessária | Dra. Keyla. | Iniciar num mês e termino em dois meses |
| | | Equipamento da rede. | Apresentar projeto de estruturação da rede | Anderson Matheus | Iniciar em três meses e manter |
| | | Capacitação dos profissionais da saúde, familiares/cuidadores e pacientes. | Não é necessária | Enf. Neuza Dias. | Iniciar em dois meses |
| Cuidar melhor Maior acessibilidade aos tratamentos. | Melhorar a qualidade de vida | Distribuir cardápio de dieta e folhetos a todos os pacientes idosos hipertensos. | Apresentar projeto de estruturação da rede | Lucio Alvin | Início em dois meses e manter |
| | | Compra de medicamentos necessários. | Apresentar projeto de estruturação da rede | Tulio Zampa | Início em três meses e manter |
| Cuidar melhor Modificar hábitos e estilos de vida. | Aumentar em um 40% atividade física regular. | Disponer recursos para financiamento do projeto. | Apresentar projeto de estruturação da rede | Lucio Alvin | Iniciar em três meses |
| | | Aprovação do projeto | Apresentar projeto de estruturação da rede | Anderson Matheus | Iniciar em dois meses |
| | | Interconsulta com nutricionista/ programas de atividades físicas supervisionadas | Apresentar projeto de estruturação da rede | Nutricionista / educador físico | Iniciar em dois meses e manter |
| | | Aulas e palestras educativas sobre hábitos e estilos de vida saudáveis. | Não é necessária | Enf. Paulo Sergio. | Iniciar em um mês. |

Fonte Autoria Própria

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Neste estudo analisaram-se os fatores que influenciam na adesão ao tratamento em idosos hipertensos em nossa área de abrangência, concluindo que em nossa área de abrangência temos um total de 2411 pacientes, onde a população idosa representa um 34.97% do total, com 803 pacientes. Dos hipertensos de nossa área integrou amostra de estudo um total de 307 pacientes idosos hipertensos, para um 52.3% correspondendo aos critérios de inclusão, distribuindo-se em 131 pacientes do sexo masculino e 176 do feminino, onde o grupo de 60-69 anos foi o de maior representação com 170 pacientes.

No análise das variáveis sociodemográfica achamos fatores que interferiram na adesão ao tratamento onde encontramos a viúves com 154 pacientes mais frequentes no sexo feminino, idosos morando em famílias pequenas (2 a 4 moradores), com 121 idosos para um 39.41% respectivamente, a religiosidade também teve um papel significativo na adesão ao tratamento, os católicos representam o grupo mais frequentes com 198 pacientes, mais frequente no sexo masculino.

Após o análise das variáveis socioeconômicas vemos que o nível educacional também representa um fator de interferência, o maior grupo de idosos estão registrados no nível educacional fundamental incompleto, com total de 137 pacientes, mais frequente no sexo feminino, além do nível escolar representou fator de interferência à situação ocupacional com o maior numero em idosos aposentados representados por 109 pacientes e cabe notar o alto por cento em idosas donas de casa, 60 pacientes representando em torno dos 20% do total de fêmeas.

Outros dos fatores que interferem na adesão ao tratamento achado em nosso trabalho foram à quantidade de idosos o alto numero de idosos que recebem menos de 1 salario com 171 pacientes mais frequentes no sexo feminino, fatores de riscos e doenças crônicas associadas à hipertensão como foram alta incidência da dieta inadequada (consumo exagerado de carboidratos) com um total de 202 pacientes, o sobrepeso com 141 pacientes e o sedentarismo com 182 pacientes, assim como também sendo a diabetes mellitus a co-morbilidade mais frequente nos pacientes

idosos hipertensos de nossa área, com 117 pacientes, correspondendo com a literatura revisada, além de outras doenças crônicas antes ditas.

Diversas foram às condutas em homes e mulheres frente ao tratamento, o homes tiveram mais afetação em o esquecimento ao tomar tratamento, na regularidade dos horários ao tomar a medicação, a procura de remédios ou receitas quando o medicamento acabar assim como abandonam ou param os tratamentos com maior facilidade, que as mulheres. Em elas o controle da doença é um pouco melhor já que tomam os remédios sim depender de outras pessoas na maioria do grupo, lembra-se de tomar o medicamento e o vencimento das receitas, tendo afetação com a regularidade das consulta e em igualdade com homes seguir as recomendações e dietas.

A não adesão ao tratamento na hipertensão arterial sempre deve ser motivo de atenção e preocupação para todos os profissionais da saúde, desenvolvendo medidas que garantam o cumprimento das orientações medicas, e assim evitando futuras complicações nestes pacientes.

Foi necessário desenvolver estratégias para tentar dar solução oportuna aos problemas detectados, neste grupo de idosos. Iniciou-se no PSF uma capacitação intensiva a todos os profissionais da saúde para desenvolver ações de educação em saúde permitindo que estes possam melhor assistir aos idosos e seus familiares.

Relacionado ao baixo nível educacional da maioria dos idosos desenhamos para ser entregue nas consultas e com copias para os prontuários, de forma individualizada para todos os pacientes idosos a relação dos tratamentos segundo horários como mostra a figura 1, no caso que o paciente não saiba ler, foi desenhada uma caixa por cores ou figuras para exemplificar os diferentes horários (sol: para os medicamentos da manha copo de leite para medicamentos antes o após café da manha, platôs de alimentos para os medicamentos antes o após almoço ou jantas, frutas para medicamentos perto de horários das merendas, lua para os medicamentos da noite). Também foram capacitados os familiares ou cuidadores dos idosos para que involucra-se neste processo e supervisaram o cumprimento do tratamento. Com relação à situação ocupacional e renda familiar

gerenciou-se com a secretaria de saúde para acrescentar no REMUME todos os medicamentos consumidos pelos pacientes idosos hipertensos para garantir a obtenção dos mesmos pela farmácia popular e facilitar o consumo e cumprimento do tratamento pelos pacientes.

Dentro dos fatores de riscos detectados nestes pacientes que influenciaram negativamente no cumprimento do tratamento achamos à dieta inadequada, o sobrepeso e o sedentarismo, para estes fatores foram desenhadas atividades educativas alimentais e praticas de exercícios físicos em parcerias com o educador físico do município e consulta especializada do centro de mais vida. Igualmente foram encaminhados os pacientes idosos hipertensos com co-morbilidade (diabetes mellitus a doença crônica de maior incidência no grupo estudado) ao centro de HIPERDIA, para garantir o melhor controle das doenças. De forma geral foram integrados a centro da terceira idade aos idosos viúvos, e todos os que permaneciam a maior parte do tempo sozinho por morar em famílias pequenas, onde o resto dos moradores trabalhava ou não ficava tempo em companhia destes idosos.

Como se mencionou com anterioridade também se trabalhou com os familiares e cuidadores para integrá-los a este processo. Nos casos mais relevantes que abandonaram o tratamento por crenças religiosas foi necessário realizar uma reunião com os diferentes representantes religiosos para interatuar e refletir sobre este tema.

Como GUSMAO (2009) diz: A adesão é um problema sério em doenças crônicas.

Ate aqui foram analisadas e identificadas todas as causas e fatores que interferem na adesão ao tratamento nos pacientes idosos de minha área. Desenharam-se diferentes estratégias para minimizar os risco e aparição de futuras complicações. Programar ações de saúde para acrescentar o nível de conhecimento de estes pacientes, familiares e a comunidade toda, assim eleva-se sua expectativa de vida, melhorando sua qualidade de vida. Todo isto a sua vez representa baixo gasto para o sistema de saúde, a comunidade, a família e o próprio paciente.

"Só existem dois dias no ano que nada pode ser feito. Um se chama ontem e o outro se chama amanhã, portanto hoje é o dia certo para amar, acreditar, fazer e principalmente viver."

DALAI LAMA

7. REFERENCIAS

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, Dr. Audes Feitosa, Dr. Eduardo Barbosa, Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC, Rev Bras Hipertens vol.17(1): 8 2010. Revisado 8/fevereiro/ 2016

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, José Pérciles Esteves, Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC, 13 de fevereiro de 2006, em São Paulo. Revisado: 11/abril/2016.

AMARAL MP. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200006. Revisado 20/05/2015

BEVILACQUA, Fernando et al. Fisiopatologia clínica. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 1998. Cap. 4. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000082&pid=S1981-7746200800030001400002&lng=pt. Revisado 14/05/2015

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção básica. Caderno de atenção básica, no. 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília. Ministério da saúde 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Pag. 8. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf. Revisado 02/06/2015.

CARDOSO de Campos FC. et.al. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª edição. Belo Horizonte. Nescon UFMG Coopmed 2010. Secção 3. Pag. 58-79.

CERVANTES EG. Farmacêutico especialista, publicado 07/10/2008. Disponível em: <http://www.portaleducao.com.br/farmacia/artigos/.../fisiopatologia-da-HA>. Revisado: 16/05/2015

DE CARVALHO Filho, ET. Medicina preventiva no idoso, Serviço de Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2229. Revisado: 30/08/2015.

DIAGNOSTICO e Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica, revisões internacionais. VII Joint National Committee. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/m/categorias/acp-medicine.htm>. Revisado 10/09/2015

DR. MACEDO SOARES, A. Hipertensão em idosos, entrevista é médico geriatra do Hospital das Clínicas de São Paulo e professor de Geriatria da Faculdade de Medicina de Santos (SP). Publicado em 29/09/2011. Disponível em <http://drauziovarella.com.br/envelhecimento/hipertensao-em-idosos-3/> Revisado 20/05/2015.

DR. PINHEIRO P, Causas de Hipertensão Arterial (pressão alta) blog MD. Saúde, disponível em: <http://www.mdsaude.com.br> atualizado 26 de janeiro de 2015. Revisado 20/05/2015.

GUILLEN LLF, Protocolo para a avaliação e o tratamento de idosos hipertenso. Serviço de Geriatria. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. 2010. Fonte: <http://db.doyma.es>.

GUSMÃO JL, et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. Rev Bras Hipertens vol.16(1): 38-43, 2009.

HEIMANN JC, Krieger JE, Zatz R. Bases fisiopatológicas da hipertensão arterial, Doc. CAP.10.

HOFFMANN, M. E. Bases Biológicas do Envelhecimento, 2002. Disponível em: <<http://www.comciencia.br>>. Acesso em: 16/julho/2015.

<http://clubdelhipertenso.es/index.php/hipertension-arterial-new>

<http://formatacaoabnt.blogspot.com.br/2011/10/citacoes.html>

<http://www.mensagenscomamor.com/frases-de-dalai-lama>

<http://www.wikipedia.org/wiki/programa-saude-familiar>. Revisado 18/05/2015

<http://www.wikipedia.org/wiki/Rio-Novo>. Revisado 18/05/2015.

KOHLMANN Jr. O et. al. SBC. III consenso brasileiro de hipertensão arterial. Cap. 1, 2, Arq Bras Endocrinol Metab vol.43 no. 4 São Paulo Aug. 1999. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/III_consenso_bras_hip_arter. Revisado 20/05/2015.

LEITE PF. Manual de Cardiologia Desportiva. Belo Horizonte: Editora Health, 1997.

MIRANDA, RD et. al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. Publicação 22/junho/2002, pag296.

MORELLI JG et. al. Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso. 1. ed. São Paulo: Manole, 2004.

NATIONAL Center for Health Statistics STATISTICS. Centers for Disease Control and Prevention, 2008. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/>. Acessado em: 20/05/2015

NOBRE F. Lima, NK. da C. Hipertensão Arterial: Conceito, Classificação e Critérios Diagnósticos. In: LIMA, NK. Manual de Cardiologia, SOCESP, cap. 70, p. 303. Atheneu, 2000.

PRESIDÊNCIA da republica, secretaria de direitos humanos. Secretaria nacional de promoção defesa dos direitos humanos. SCS Quadra 9 - Ed. Parque Cidade Corporate - Torre A - 9º andar - CEP: 70308-200 – Brasília – DF. Coordenação Geral dos Direitos do Idoso. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/.../Dados-sobre-envelhecimento-no-Brasil>. Revisado 18/05/2015.

RAMOS L. Epidemiologia do envelhecimento In: FREITAS, E. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 72-78.

SEBBA Barroso W. Cardiologista presidente do Departamento de Hipertensão da SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia.

SOCIEDADE Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

8. ANEXO

- **Variáveis sóciodemográficas:**

Tabela 1: Distribuição da população e idosos do PSF III segundo sexo.

| População de PSF III | Feminino | | Masculino | | Total | |
|----------------------|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | T | % | T | % | T | % |
| População geral | 1399 | 58.03 | 1012 | 41.97 | 2411 | 100 |
| Idosos | 482 | 19.99 | 361 | 14.98 | 843 | 34.97 |

Fonte: base de dados do PSF III, ano 2015.

Tabela 2: Distribuição da população total e pacientes idosos hipertensos do PSF III segundo sexo.

| Hipertensos do PSF III | Feminino | | Masculino | | Total | |
|------------------------|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | T | % | T | % | T | % |
| Hipertensos em geral | 335 | 57.07 | 252 | 42.93 | 587 | 100 |
| Idosos hipertensos | 176 | 29.98 | 131 | 22.32 | 307 | 52.30 |

Fonte: base de dados do PSF III, ano 2015.

Tabela 3: Distribuição dos pacientes idosos hipertensos do PSF III segundo sexo.

| Idosos hipertensos do PSF III | Feminino | | Masculino | | Total | |
|-------------------------------|----------|-------|-----------|-------|-------|-----|
| | T | % | T | % | T | % |
| | 176 | 57.33 | 131 | 42.67 | 307 | 100 |

Fonte: base de dados do PSF III, ano 2015.

Tabela 4: Distribuição de pacientes idosos hipertensos por grupos etários segundo sexo.

| Grupos etários | Feminino | | Masculino | | Total | % |
|----------------|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | T | % | T | % | | |
| 60-69 | 96 | 31.27 | 74 | 24.10 | 170 | 55.37 |
| 70-79 | 48 | 15.63 | 31 | 10.10 | 79 | 25.73 |
| 80-89 | 29 | 9.45 | 21 | 6.84 | 50 | 16.29 |
| 90-99 | 2 | 0.65 | 5 | 1.63 | 7 | 2.28 |
| +100 | 1 | 0.33 | 0 | 0 | 1 | 0.33 |
| Total | 176 | 57.33 | 131 | 42.67 | 307 | 100 |

Fonte: base de dados do PSF III, ano 2015.

Tabela 5: Distribuição de pacientes idosos hipertensos por situação sentimental segundo sexo.

| Situação sentimental | Feminino | | Masculino | | Total | % |
|----------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|------------|
| | T | % | T | % | | |
| Solteiro (a) | 43 | 14.01 | 39 | 12.70 | 82 | 26.71 |
| Casado (a) | 15 | 4.88 | 8 | 2.61 | 23 | 7.49 |
| Divorciado (a) | 21 | 6.85 | 6 | 1.95 | 27 | 8.80 |
| Viúvo (a) | 81 | 26.38 | 73 | 23.78 | 154 | 50.16 |
| Relação estável | 16 | 5.21 | 5 | 1.63 | 21 | 6.84 |
| Total | 176 | 57.33 | 131 | 42.67 | 307 | 100 |

Fonte: base de dados do PSF III, ano 2015.

Tabela 6: Distribuição dos idosos hipertensos por quantidade de moradores e segundo sexo.

| Quantidade de Moradores | Feminino | | Masculino | | Total | % |
|-------------------------|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | T | % | T | % | | |
| ≤ 1 | 56 | 18.25 | 23 | 7.49 | 79 | 25.74 |
| 2-4 | 79 | 25.73 | 42 | 13.68 | 121 | 39.41 |
| ±5 | 41 | 13.35 | 66 | 21.5 | 107 | 34.85 |
| | | | | | 307 | 100 |

Fonte: base de dados do PSF III, ano 2015.

Tabela 7: Distribuição de pacientes idosos hipertensos segundo religião e sexo.

| Religião | Feminino | | Masculino | | Total | % |
|----------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|------------|
| | T | % | T | % | | |
| Católica apostólica romana | 97 | 31.60 | 101 | 32.9 | 198 | 64.50 |
| Evangélica | 41 | 13.37 | 26 | 8.45 | 67 | 21.82 |
| Testemunha de Jeová | 6 | 1.95 | 1 | 0.33 | 7 | 2.28 |
| Espirita | 5 | 1.62 | 1 | 0.33 | 6 | 1.95 |
| Umbanda e candomblé | 1 | 0.33 | 0 | 0 | 1 | 0.33 |
| Outras religiosidades | 8 | 2.60 | 1 | 0.33 | 9 | 2.93 |
| Sem religião | 18 | 5.86 | 1 | 0.33 | 19 | 6.19 |
| Total | 176 | 57.33 | 131 | 42.67 | 307 | 100 |

Fonte autoria própria

- **Variáveis socioeconômicas**

Tabela 8: Distribuição dos idosos por escolaridade segundo sexo.

| Escolaridade | Feminino | | Masculino | | Total | % |
|-------------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|------------|
| | T | % | T | % | | |
| Analfabeto | 34 | 11.08 | 48 | 15.63 | 82 | 26.71 |
| Ensino fundamental incompleto | 74 | 24.11 | 63 | 20.52 | 137 | 44.63 |
| Ensino fundamental completo | 35 | 11.4 | 7 | 2.28 | 42 | 13.68 |
| Ensino médio incompleto | 18 | 5.86 | 5 | 1.62 | 23 | 7.48 |
| Ensino médio completo | 12 | 3.91 | 7 | 2.28 | 19 | 6.19 |
| Ensino superior incompleto | 1 | 0.33 | 0 | 0 | 1 | 0.33 |
| Ensino superior completo | 2 | 0.65 | 1 | 0.33 | 3 | 0.98 |
| Total | 176 | 57.33 | 131 | 42.67 | 307 | 100 |

Fonte: base de dados do PSF III, ano 2015.

Tabela 9: Distribuição dos idosos por atividade ocupacional segundo sexo.

| Ocupação | Feminino | | Masculino | | Total | % |
|------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|------------|
| | T | % | T | % | | |
| Desempregado (a) | 39 | 12.71 | 41 | 13.35 | 80 | 26.06 |
| Dona de casa | 64 | 20.85 | 0 | 0 | 64 | 20.85 |
| Trabalhador (a) | 11 | 3.58 | 26 | 8.47 | 37 | 12.05 |
| Aposentado (a) | 53 | 17.26 | 56 | 18.24 | 109 | 35.50 |
| Encostado (a) | 9 | 2.93 | 8 | 2.61 | 17 | 5.54 |
| Total | 176 | 57.33 | 131 | 42.67 | 307 | 100 |

Fonte: base de dados do PSF III, ano 2015.

Tabela 10: Distribuição dos idosos por renda familiar segundo sexo.

| Renda familiar | Feminino | | Masculino | | Total | % |
|-------------------------------|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | T | % | T | % | | |
| Menos 1 salario mínimo | 91 | 29.64 | 80 | 26.06 | 171 | 55.70 |
| Dois salários mínimos | 79 | 25.73 | 23 | 7.49 | 102 | 33.22 |
| Mais de três salários mínimos | 6 | 1.95 | 28 | 1.13 | 34 | 11.08 |
| | | | | | 307 | 100 |

Fonte: base de dados do PSF III, ano 2015.

Tabela 11: Distribuição dos fatores de risco segundo sexo

| Fatores de risco | Feminino | | Masculino | | Total | |
|---------------------------------------|----------|-----|-----------|-----|-------|-----|
| | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não |
| Hábitos tóxicos | | | | | | |
| Habito de fumar | 37 | 139 | 98 | 33 | 135 | 172 |
| Ingestão de bebidas alcoólicas | 15 | 161 | 104 | 27 | 119 | 188 |
| Uso de substâncias psicotrópicas | 3 | 173 | 21 | 110 | 24 | 283 |
| Conduta alimentar inadequada | | | | | | |
| Consumo elevado sal | 12 | 164 | 18 | 113 | 30 | 277 |
| Consumo elevado carboidratos | 97 | 79 | 105 | 26 | 202 | 105 |
| Consumo elevado gorduras | 61 | 115 | 67 | 64 | 128 | 179 |
| Índice de massa corporal (IMC) | | | | | | |
| ≤18.8 | 3 | | 4 | | 7 | |
| 18.9-25.9 | 25 | | 31 | | 56 | |
| 26-29.9 | 95 | | 46 | | 141 | |
| ≥30 | 53 | | 50 | | 103 | |
| Prática de exercício | | | | | | |
| Pouca | 83 | | 99 | | 182 | |
| Regular | 86 | | 28 | | 114 | |
| Diária | 7 | | 4 | | 11 | |
| Dislipidemia | 114 | 62 | 92 | 39 | 206 | 101 |

Fonte: base de dados do PSF III, prontuários e entrevista, ano 2015.

Tabela 12: Distribuição dos pacientes idosos hipertensos segundo comorbilidade, por sexo.

| Doenças crônicas e complicações associadas à hipertensão | Feminino | Masculino | Total |
|---|----------|-----------|-------|
| Doenças do sistema endócrino metabólico mais frequente | | | |
| Diabetes mellitus | 78 | 39 | 117 |
| Hipotireoidismo | 5 | 1 | 6 |
| Hipertireoidismo | 1 | 0 | 1 |
| Ananismo | 0 | 1 | 1 |
| Doenças sistema respiratório mais frequente | | | |
| Asma bronquial | 2 | 2 | 4 |
| DPOC | 1 | 3 | 4 |
| Doenças do sistema cardiovascular mais frequente | | | |
| Cardiopatia | 4 | 5 | 9 |
| AVC isquêmico ou hemorrágico | 0 | 4 | 4 |
| Doenças psiquiátricas | | | |
| Depressão/ ansiedade | 38 | 41 | 79 |
| Esquizofrenia | 1 | 3 | 4 |
| Sind. Pânico | 0 | 2 | 2 |
| Doenças neurológicas | | | |
| Parkinson | 1 | 1 | 2 |
| Epilepsia | 1 | 2 | 3 |
| Alzheimer | 5 | 3 | 8 |
| Doenças do sistema osteo-mio-articular | | | |
| Raquitismo | 0 | 1 | 1 |
| Artrose | 61 | 30 | 91 |
| Doenças do sistema renal | | | |
| DRC | 5 | 2 | 7 |
| Outros | | | |
| LES | 1 | 0 | 1 |
| Sind. Dawn | 0 | 1 | 1 |

| Neoplasia | | | |
|------------------|---|---|---|
| Mama | 2 | 0 | 2 |
| Laringe | 0 | 1 | 1 |
| Pele | 1 | 0 | 1 |
| Pâncreas | 1 | 0 | 1 |
| Pulmão | 0 | 2 | 2 |
| Colón | 1 | 0 | 1 |

Fonte: base de dados do PSF III, prontuários e entrevista, ano 2015.

Tabela 13: Conduta dos hipertensos frente ao tratamento.

| Atividades frente ao tratamento | Feminino | Masculino |
|--|----------|-----------|
| Esquece tomar o tratamento | | |
| Nunca | 23 | 19 |
| Raramente | 54 | 31 |
| Às vezes | 87 | 38 |
| Sempre | 12 | 43 |
| Toma o tratamento sempre no mesmo horário | | |
| Nunca | 50 | 78 |
| Raramente | 81 | 33 |
| Às vezes | 34 | 12 |
| Sempre | 11 | 8 |
| Sempre leva o tratamento quando vai viajar | | |
| Nunca | 59 | 98 |
| Raramente | 28 | 26 |
| Às vezes | 71 | 5 |
| Sempre | 8 | 2 |
| Procura os remédios ou a receita antes deles acabar | | |
| Nunca | 13 | 81 |
| Raramente | 55 | 29 |
| Às vezes | 89 | 14 |
| Sempre | 19 | 7 |
| Toma os medicamentos quando pressão esta normal | | |
| Nunca | 3 | 11 |
| Raramente | 17 | 54 |
| Às vezes | 72 | 41 |
| Sempre | 84 | 25 |
| Para de tomar o tratamento por si só | | |
| Nunca | 21 | 52 |
| Raramente | 44 | 31 |
| Às vezes | 87 | 12 |
| Sempre | 20 | 36 |
| Você sempre vai às consultas programadas | | |
| Nunca | 32 | 71 |
| Raramente | 52 | 29 |
| Às vezes | 43 | 28 |
| Sempre | 49 | 3 |
| Segue a dieta e recomendação medica | | |
| Nunca | 91 | 86 |
| Raramente | 47 | 10 |
| Às vezes | 23 | 33 |
| Sempre | 15 | 2 |

Fonte: formulário

