

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

LUCIANA DE ALMEIDA LOURES

**AÇÃO EDUCATIVA UTILIZADA COMO ESTRATÉGIA PARA ADESÃO DA PESSOA  
IDOSA AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO NA UNIDADE DE SAÚDE  
BOCAINENSE NO MUNICÍPIO DE BOCAINA DE MINAS- MG**

**JUIZ DE FORA/ MINAS GERAIS**  
**2015**

**LUCIANA DE ALMEIDA LOURES**

**AÇÃO EDUCATIVA UTILIZADA COMO ESTRATÉGIA PARA ADESÃO DA PESSOA  
IDOSA AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO NA UNIDADE DE SAÚDE  
BOCAINENSE NO MUNICÍPIO DE BOCAINA DE MINAS- MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentada ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção parcial do certificado de  
especialista.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Anadias Trajano Camargos

**JUIZ DE FORA/ MINAS GERAIS**

**2015**

**LUCIANA DE ALMEIDA LOURES**

AÇÃO EDUCATIVA UTILIZADA COMO ESTRATÉGIA PARA ADESÃO DA  
PESSOA IDOSA AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO NA UNIDADE DE  
SAÚDE BOCAINENSE NO MUNICÍPIO DE BOCAINA DE MINAS- MG.

Trabalho de conclusão de curso apresentada ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção parcial do certificado de  
especialista.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Anadias Trajano Camargos

Banca Examinadora:

Profa. Anadias Trajano Camargos – orientadora

Profa. ....

Aprovada em Belo Horizonte, junho de 2015.

*Dedico este trabalho aos meus pais Neyde e Adalberto pelo apoio incondicional e por nunca me deixarem desistir. Não tenho palavras para descrever o quanto vocês são importantes em minha vida.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao meu noivo Paulo, pela torcida constante e por sempre acreditar em mim;

À professora Anadias Trajano Camargos, pelos conhecimentos compartilhados e paciência;

A todos do Curso de Especialização em Saúde da Família. Obrigado por todo o aprendizado. Foi uma satisfação enorme fazer parte dessa escola.

“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei, não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo críticas nos auxiliam muito.”

CHICO XAVIER

## RESUMO

A hipertensão arterial é um doença altamente presente na realidade da vida dos brasileiros, se substanciando em um problema de saúde básico, que requer atenção e cuidados direcionados de forma a prevenir ou em casos já disgnosticados, prover o eficaz tratamento, reduzindo os efeitos maléficos ou até as complicações advindas da mesma. De forma semelhante, no cenário do município de Bocaina de Minas, em que a frequência tão elevada de tal patologia a torna como um nó crítico da saúde local, tendo o condão de atrair para si um olhar mais atento e específico dos profissionais de saúde envolvidos, que almejam a criação de um plano estratégico de intervenção que prime pelo acompanhamento e controle dos níveis pressóricos em pacientes hipertensos idosos. Diante deste panorama alarmante de altíssimo índice de pessoas acometidas por tal doença na fase idosa, há que se perfazer o cenário acarretador, as formas de atuação, os meios e estratégias de adesão ao acompanhamento e tratamento, bem como os resultados plausíveis dessa atuação conjunta dos profissionais de saúde locais, em consonância com os quadros delineados e os recursos disponíveis. Ademais, juntamente com todo esforço médico, atenta-se para o contexto responsável pela ausência ou dificuldade de adesão da população idosa alvo, bem como a mudança no estilo de vida pode ser a chave para uma alteração considerável e o caminho para melhoria na qualidade de vida desses pacientes. Nessa toada, parte-se para o estudo pontual das necessidades e das possíveis soluções para o nó crítico presente no município de Bocaina, bem como do Brasil. Para tanto foi feita uma revisão de literatura que pudese trazer soluções de modo a propor um plano de intervenção visando a maior adesão ao tratamento medicamentoso da HAS em idosos através de ações educativas.

**Palavras-chave** : Hipertensão Arterial, Idosos, Plano de Intervenção, Prevenção.

## ABSTRACT

Hypertension is a highly present in the reality of Brazilian life disease if consolidating in a basic health problem that requires attention and targeted care in order to prevent or cases already disgnosticados, provide effective treatment, reducing the harmful effects or to the complications resulting from it. Similarly, in the scenario of Bocaina municipality of Minas, where as high frequency of this pathology makes it as a critical node of the local health, having the power to attract to you a closer look and specific health professionals involved which aim at creating a strategic plan of action to press for monitoring and control of blood pressure in elderly hypertensive patients. Faced with this alarming panorama of very high rate of people affected by this disease in the elderly stage, it is necessary to make up the acarretador scenario, the forms of action, the means and accession strategies for monitoring and treatment, as well as plausible results of this joint action by local health professionals, in line with the outlined frame and resources available. Moreover, with all medical efforts, attentive to the context responsible for the lack or difficulty of Accession of the target elderly people as well as the change in lifestyle may be the key to a considerable change and the way to improve the quality of life of these patients. In this tune, breaks for individual study needs and possible solutions for this critical node in the municipality of Bocaina and Brazil. To this end it was made a literature review's claims that might bring solutions in order to propose an action plan aimed at better adherence to drug treatment of hypertension in older adults through educational activities.

.

**Key-words:** Hypertension, Elderly, Intervention Plan , Prevention.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CBHA	Congresso Brasileiro de Hipertensão Arterial
CID	Classificação Internacional de Doenças
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica

## SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO-----	11
2.JUSTIFICATIVA-----	14
3.OBJETIVOS-----	15
4.METODOLOGIA-----	16
5.REVISÃO DE LITERATURA-----	17
6.PROPOSTA DE INTERVENÇÃO-----	20
7.CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	23
8.REFERÊNCIAS -----	24
9.ANEXOS-----	27

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido a partir do diagnóstico situacional realizado no ano de 2014, na Unidade de Saúde Bocainense, localizada precisamente no Município de Bocaina de Minas – MG, para melhor compreensão do mesmo, abaixo passaremos identificar o cenário do estudo para melhor contextualizar os problemas da hipertensão nesta área de estudo.

Começando pela identificação do município, Bocaina de Minas é um município do Estado de Minas Gerais situado na microrregião de Andrelândia, e está localizado nas proximidades de Caxambu com uma distância aproximada de aproximada de 396 km da capital Belo Horizonte. As características mais importantes desse município em termos de recurso, que direciona a sobrevivência da população são agricultura e pecuária.

A área total do município é de 503,793 km<sup>2</sup>, a densidade demográfica é de 9,94 habitantes / km<sup>2</sup>. O número aproximado de famílias cadastradas no PSF da zona rural, são 825 famílias, e na zona urbana 835, com um total de 1660 famílias.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que é um valor que representa a qualidade de vida de um local, refletindo diretamente as condições de vida de um lugar, é 0,724 em Bocaina, sendo considerado alto, uma vez que o índice varia de 0 à 1.

A renda média familiar é de um salário mínimo. A cidade de Bocaina de Minas não possui abastecimento com água tratada. As principais atividades econômicas são agricultura e pecuária (gado de leite) e a população de moradores abaixo da linha da pobreza chega a 20,97%, reflexo da baixa taxa de escolarização, com mais de 80% sem primeiro grau completo e o nível de alfabetização da população é de 70%. Praticamente 100% da população é usuária da assistência à saúde no SUS.

O Conselho Municipal de Saúde é formado de 12 componentes, sendo 02 entidades não governamentais, 03 entidades governamentais e 07 usuários. E as reuniões ocorrem mensalmente.

O Programa de Saúde da Família foi implantado em 2004, sua cobertura é de 100%, sendo 02 equipes e não tem equipe de saúde bucal.

O sistema de referência e contra referência é Juiz de Fora nos seguintes locais: Hospital Universitário UFJF, Maternidade Terezinha de Jesus, HPS, Hospital

Dr. João Penido, além do Hospital Municipal de Andrelândia para gestação de baixo risco. A área da saúde possui 10 profissionais efetivos, e 35 contratados.

Os recursos humanos em saúde são: 03 médicos - 40 horas semanais;

04 enfermeiras - 40 horas semanais; 04 técnicas em enfermagem - 40 horas semanais; 02 auxiliares de enfermagem - 40 horas semanais; 02 recepcionistas - 40 horas semanais; 01 farmacêutico - 40 horas semanais; 01 auxiliar de farmácia - 40 horas semanais; 05 serviços gerais - 40 horas semanais; 03 auxiliar administrativo - 40 horas semanais; 01 gestor - 40 horas semanais; 04 dentistas - 20 horas semanais; 02 fisioterapeutas - 01 com 40 horas semanais, outro com 20 horas semanais; 07 motoristas, 01 psicóloga - 20 horas semanais; 01 fonoaudióloga - 20 horas semanais.

A cidade de Bocaina de Minas não possui hospitais, possuindo 03 escolas, 09 igrejas, 02 clínicas de fisioterapia, 01 laboratório e não possui creches.

A localização das unidades básicas de saúde é central e de fácil acesso à população. E o horário de funcionamento é de 24 horas, pois, mesmo não tendo o médico do PSF, as unidades ficam abertas para eventuais emergências e encaminhamentos.

O sistema de saúde local tem enfrentado uma série de problemas em relação aos recursos necessários para manter um atendimento de qualidade aos pacientes. Entretanto, vem sofrendo as conseqüências da crise política federal que se alastra pelo País e que tem sido a constante preocupação, principalmente nas áreas onde não existe, coordenação própria.

Existem duas equipes de saúde da família em Bocaina de Minas, em que o médico faz parte das duas, em trabalho conjunto com outros dois médicos. No PSF da zona urbana os atendimentos são divididos entre dois médicos, um da ESF e um que trabalha no município há 30 anos. O médico recém admitido faz os atendimentos segunda e terça feiras, enquanto o médico veterano faz quarta e quinta feiras, disponível aos atendimentos de urgência ou emergência que possa ocorrer no período noturno, em forma de plantonista. Para tanto, refletimos sobre as dificuldades que podemos enfrentar quando se trata de alteração da forma como o PSF deve funcionar, pois as estruturas estão muito enraizadas e também por ser um trabalho que vem sendo realizado dentro dos princípios arcaicos. Acreditamos que mudanças poderiam beneficiar a clientela, por exemplo, realizar os atendimentos com consultas agendadas, grupos, entre outros.

Ressalta-se que na programação das visitas domiciliares, as quarta feiras, há visitas médicas nas casas dos pacientes na zona rural, juntamente com os agentes de saúde, sendo a zona rural muita extensa, tendo que viajar às vezes longas distâncias em estrada de chão, para realizar uma visita domiciliar, o que torna extremamente dificultoso o acesso a esses pacientes, que carecem de tanta atenção. As quinta feiras os atendimentos são divididos com o médico da zona rural que trabalha no município há dois anos. Enquanto ele faz visitas domiciliares ocorre também o atendimento no PSF da zona rural.

Durante o levantamento de dados para realizar o diagnóstico situacional foi possível atentar para os fatores que contribuem para a formação do problema de saúde, denominado de “nó crítico”. Esta denominação de nó crítico traduz as causas e os agravantes ou até mesmo as fragilidades da população hipertensa idosa alvo do tratamento e do acompanhamento.

É de suma importância tecer um panorama inicial da realidade municipal envolvida, de modo a delinear o contexto envolvido, para que as estratégias com potencial de enfrentamento do problema predominante, alvo do presente trabalho possam se pautar em mecanismos plausíveis, que levem em conta não apenas a detecção do problemas, mas as chances de intervenções satisfatórias, a partir de todo recurso disponível, seja humano, físico ou financeiro.

Desta maneira, tendo sido identificado como nó crítico a dificuldade de adesão dos pacientes idosos hipertensos ao tratamento, o que será feito é um ação educativa que promova o adequado e necessário acompanhamento destes pacientes através da aproximação da equipe de saúde da família com os pacientes envolvidos.

## **2. JUSTIFICATIVA**

O tema escolhido para ser abordado é a dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo medicamentoso entre os idosos. Quando não tratada adequadamente, a hipertensão arterial pode acarretar graves consequências à alguns órgãos alvos vitais, e como entidade isolada está entre as mais frequentes morbidades do adulto. Desse modo, a doença hipertensiva tem se constituído num dos mais graves problemas de saúde pública.

Isso fica evidente na cidade de Bocaina de Minas pelo grande número de idosos com hipertensão não controlada. Detectou-se também que é preciso realizar mudanças, que irão contribuir significativamente para a melhora do controle dos níveis pressóricos desses pacientes, principalmente para que o processo educativo seja eficaz, é necessário conhecer a atitude do indivíduo a respeito da doença da qual é portador, uma vez que as orientações oferecidas não foram efetivamente absorvidas ou compreendidas.

Logo, a proposta de realizar um projeto de intervenção é viável e de salutar importância, eis que, tratar dessa doença tem uma relevante função social e humana, pois a melhoria das condições de vida dos pacientes hipertensos, previne as complicações advindas da hipertensão e que associadas são as maiores causas de mortalidade e tem o condão de promover da saúde como um todo, uma vez que a Estratégia de Saúde da Família engloba várias famílias que necessitam de atenção básica à saúde, o que tem o potencial de transformar a realidade de inúmeros municípios assistidos por essas equipes.

### **3. OBJETIVOS:**

**Objetivo geral**

Propor um plano de intervenção visando a maior adesão ao tratamento medicamentoso da HAS em idosos através de ações educativas.

**Objetivos específicos**

- Diagnosticar na população, as pessoas idosas portadoras de hipertensão que necessitam de acompanhamento com frequência.
- Realizar atividades educativas com os idosos hipertensos para fortalecer a adesão;
- Criar estratégias de aproximação entre a Equipe de Saúde e a população idosa;
- Implementar um Plano de Ação Educativa que motive a participação das pessoas idosas a continuidade do tratamento e sua importância.

**4. METODOLOGIA**

Trata-se de uma proposta de intervenção e o desenvolvimento dessa proposta, foi iniciada a partir da realização do diagnóstico situacional por meio de levantamento de dados sobre a adesão das pessoas idosas hipertensas, ao tratamento medicamentoso, realizado por cada agente comunitário de saúde.

Utilizou-se como parâmetro para seleção desses pacientes em cada microárea: com as seguintes características: pessoas acima de 60 anos portadores de hipertensão arterial crônica, controlada deficitariamente (PA maior ou igual a 160/100 mmHg), aqueles que tem pouca leitura ou são analfabetos e que moram sozinhos. Esse levantamento foi realizado por meio de visitas domiciliares, informações do prontuário e consulta médica.

Para tanto, de forma embasar a proposta de intervenção foi realizada uma revisão de literatura, que buscou investigar a hipertensão arterial em idosos, as causas da não adesão ao tratamento e o papel da equipe da saúde da família neste cenário problemático, de modo a propor um plano de intervenção que busque a prevenção e promoção da saúde como um todo.

Para tanto foi realizada uma busca ativa nos bancos de dado do SIAB/Datasus, do Scielo e do Ministério da Saúde de modo a possibilitar uma visão pontual da problemática abordada no presente no estudo no Brasil.

Descritores: Hipertensão, idosos, tratamento, intervenção, prevenção.

## **5. REVISÃO DE LITERATURA**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é caracterizada como uma doença crônico-degenerativa de natureza multifatorial, na maior parcela dos casos assintomática, que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores que são responsáveis por manter o tônus vasomotor, o que leva a uma redução da luz dos vasos e danos aos órgãos por eles irrigados. Na prática, a HAS pode ser definida pelo aumento dos níveis pressóricos acima do recomendado para uma determinada faixa etária.

É uma doença crônica determinada por elevados níveis de pressão sanguínea nas artérias, o que faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos.

A classificação atribuída, modernamente, é preconizada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia baseada em parâmetros norte americanos (CAMPOS JR. et al, 2001). O que ocorreu foi uma simplificação das faixas pressóricas e a categorização de uma situação dita "pré-hipertensão", onde as modificações do estilo de vida devem ser mais que incentivadas, levando em consideração a grande possibilidade de evolução futura para o estado de hipertensão arterial com o avançar da idade. Em conformidade com a classificação contemporânea, a pressão ideal é aquela menor que 120 sistólica e 80 diastólica, ou sejavulgarmente conhecida como 12 por 8. O Ministério da Saúde (MS) considera este valor ideal, onde há menos riscos para o aparelho cardiovascular.(BRASIL, 2002, p.13).

Estipulou-se como pressão arterial ideal, a condição em que o indivíduo apresenta o menor risco cardiovascular, PAS < 120 mmHg e PAD < 80 mmHg. A pressão arterial de um indivíduo adulto que não esteja em uso de medicação anti-hipertensiva e sem comorbidades associadas e considerada normal quando a PAS é < 130 mmHg e a PAD < 85 mmHg. Níveis de PAS entre 130 e 139 mmHg e de PAD entre 85 e 89 mmHg são considerados limítrofes.

Maior, é considerada hipertensão. Os números citados, aplicados na prática, representam a tensão nas paredes dos vasos sanguíneos gerada pelo bombeamento do sangue, que é feito pelo coração. O número maior (pressão sistólica) indica a pressão provocada quando o coração se contrai para distribuir o sangue e o menor (pressão diastólica), quando ele relaxa.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em idosos está associada a um importante aumento nos eventos cardiovasculares com conseqüente diminuição da sobrevida e piora na qualidade de vida. Inúmeros estudos demonstraram os

benefícios do tratamento da HAS na população desta faixa etária idosa, com redução significativa dos eventos cardiovasculares e melhora na qualidade de vida.

A não-adesão é um impedimento para o alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir-se em uma fonte de frustração para os profissionais. Cabe enfatizar que essa situação é um problema a ser enfrentado por todos os envolvidos na situação: o paciente hipertenso, sua família, a comunidade, as instituições e as equipes de saúde. Neste sentido vê-se a importância de reunir esforços para aperfeiçoar recursos e estratégias, com participação ativa do hipertenso e manutenção da qualidade de vida, visando a minimizar ou evitar essa problemática tão frequente (MEDEIROS; VIANNA, 2006; PIERIN, 2004).

Diante disso, destacam-se como fatores relevantes para o controle da doença a relação entre paciente/profissional, para que seja alcançado o comprometimento dos portadores de hipertensão com seu próprio cuidado; e o interesse do profissional na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudança de hábitos e transformação no modo de viver do paciente. Considerando a importância do tema e o destaque da HAS em termos epidemiológicos, assim como suas conseqüências sobre o quadro de morbidade-mortalidade cardiovasculares da população, já foram desenvolvidos diversos estudos sobre a adesão ao seu tratamento, demonstrando que a maior parte dos pacientes apresenta seu controle inadequado (LOPES et al., 2008; DESSE et al., 2009).

Devido a esta realidade, observa-se a necessidade emergente de estratégias que busquem a identificação de indivíduos hipertensos a fim de auxiliá-los no início e no prosseguimento do tratamento. A adesão ao tratamento é uma meta primordial no direcionamento das ações da equipe de saúde, principalmente do enfermeiro. Assim, torna-se necessária a realização de estudos que analisem de maneira aprofundada os aspectos intrínsecos, contribuindo para uma melhor qualidade de assistência dessa clientela.

O envelhecimento aórtico, com enrijecimento da sua parede faz com que a velocidade da onda de pulso (VOP) aumente. Em um estudo a VOP aumentou 134% do nascimento até os 90 anos, aumento maior que a variação de pressão no mesmo período. (AVOLIO et al, 1983).

O aumento da VOP é acompanhado também de um aumento da velocidade da onda reflexa, que retorna da periferia para a circulação central. Nos indivíduos

jovens a onda reflexa atinge a aorta ascendente no início da diástole, aumentando a pressão diastólica inicial. (VAITKEVICIUS et al, 1983).

Nos idosos, a onda reflexa retorna à aorta ascendente durante a sístole, contribuindo para uma elevação ainda maior da pressão sistólica. A importância da reflexão da onda de pulso sobre a pressão sistólica aumenta com o envelhecimento, chegando a ser responsável por mais de 20% da PAS central. A perda da onda reflexa na protodiástole faz com que a pressão diastólica permaneça igual ou diminua. (KOHARA et al, 1999).

A *pressão de pulso*, que é a diferença entre a pressão arterial sistólica e a diastólica aumenta. O aumento da pressão de pulso já foi identificado como sendo um importante fator de risco cardiovascular independente em idosos. Dessa forma, o endurecimento da aorta contribui muito para a ocorrência da hipertensão sistólica isolada nos idosos. Até mesmo em indivíduos altamente selecionados, sem doença cardiovascular, a pressão sistólica tende a subir durante toda a vida, ao passo que a pressão diastólica aumenta até os 55-60 anos e, então, seus níveis lentamente declinam. Assim, o aumento da prevalência de HAS no idoso ocorre principalmente devido ao aumento da frequência de HSI. Na população com 65 anos ou mais, quase 40% dos indivíduos têm HSI, e estes representam praticamente dois terços de todos os idosos hipertensos. (PSATY et al, 2001).

## **6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

O plano de ação é uma estratégia através da qual se pretende traçar um método operativo de intervenção que através da identificação dos problemas, busque as causas e proponha soluções pontuais que abarquem o problema de forma a ter capacidade de enfrentamento com bases nos recursos disponíveis, de saúde, financeiros, humanos e a conseqüente resposta dos pacientes envolvidos, no casos os idosos hipertensos não acompanhados.

### **Primeiro passo: Identificação dos problemas**

Na Unidade Básica de Saúde de Bocaina de Minas, foi possível identificar vários problemas tanto na estrutura da UBS, quanto em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos;

Não realização de grupos educativos em saúde;

Não realização da classificação de risco: Não há aplicação de um protocolo específico como o de Manchester. As triagens são feitas com intuito de que o paciente não retorne as suas casas sem atendimento. Com isso ocorre superlotação e fica difícil realizar um trabalho com qualidade.

Falta de adesão ao tratamento, principalmente entre os idosos hipertensos;

### **Segundo passo: Priorização dos problemas**

#### **Quadro 1 – Diagnóstico dos principais problemas de saúde em Bocaina**

Fonte: Dados coletados na Unidade de Saúde de Bocaina de Minas

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Uso indiscriminado de ansiolíticos e anti-Depressivos	Alta	6	Parcial	2
Não realização de grupos educativos em saúde	Alta	6	Parcial	3
Não realização da classificação de risco	Alta	4	Parcial	4
Falta de adesão ao tratamento para hipertensão entre os idosos	Alta	7	Parcial	1

### **Terceiro passo: Descrição do Problema**

O problema escolhido para ser abordado é a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo medicamentoso entre os idosos no município de Bocaina de Minas. Esse problema se destacou nas visitas realizadas semanalmente pela autora deste trabalho e pelos agentes comunitários de saúde de cada área, bem como durante as consultas na UBS e relatos dos próprios agentes.

#### **Quarto passo: Explicação do problema.**

##### **Causas da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo**

- 1- Não entendimento da prescrição;
  - a) Ausência de acompanhamento dos níveis pressóricos do paciente;
  - b) Dificuldade de leitura por parte do paciente ou cuidador (baixa escolaridade/ analfabetismo);
  - c) Letra ilegível na prescrição;
  
- 2- Dificuldade no seguimento da orientação;
  - a) Ausência de controle dos níveis pressóricos dos idosos;
  - b) Orientações fora do contexto socioeconômico do paciente (dieta, atividade física);
  - c) Paciente não retorna ao posto para renovar receita e dizer como está se sentindo com a medicação, simplesmente manda a receita para renovação por meio do agente de saúde;
  - d) Uso incorreto dos medicamentos;
  - e) Falta de medicamentos no centro de saúde ou paciente sem recursos para adquiri-los

##### **Quinto passo: Identificação dos nós críticos**

Processo de trabalho da equipe: orientações inadequadas, ausência de controle dos níveis pressóricos dos pacientes, prescrições ilegíveis, dificuldade do próprio médico em entender a realidade em que vive o paciente e explicar de forma clara e objetiva ao usuário sobre o uso correto dos medicamentos e sua importância; falta de capacitação dos agentes que muitas vezes não percebem esse uso inadequado ou não uso de medicamentos.

Dificuldade de entendimento, por parte do paciente ou de seus cuidadores, das orientações ou das prescrições feitas pelo médico seja pelo baixo nível de escolaridade ou pelo analfabetismo.

Ausência de cuidador.

**Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico da hipertensão arterial” relacionado ao problema da falta de adesão ao tratamento e acompanhamento, na população idosa sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família na comunidade do município de Bocaina de Minas, Minas Gerais.**

<b>Nó crítico1</b>	Controle dos Níveis Pressóricos dos Pacientes Idosos Hipertensos
<b>Operação</b>	Busca ativa de pacientes idosos portadores de hipertensão arterial sem o acompanhamento e controle dos níveis pressóricos
<b>Projeto</b>	<b>Controle dos níveis pressóricos dos idosos periodicamente</b>
<b>Resultados esperados</b>	Conscientização da população idosa, acompanhamento dos usuários, controle dos níveis pressóricos desses pacientes, redução do número de complicações.
<b>Produtos esperados</b>	Melhor acompanhamento, controle e adesão dos pacientes idosos hipertensos ao tratamento para hipertensão, de modo a reduzir as complicações.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	X Médico da ESF, pacientes idosos, enfermeiros e profissionais de saúde do posto, famílias dos pacientes, população em geral;
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: ESF Cognitivo: Consultas, mudanças de estilo de vida, palestras, equipes
<b>Recursos críticos</b>	x Dificuldade dos pacientes idosos em aderir ao tratamento medicamentoso.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Médico e demais profissionais de saúde da equipe do PSF Motivação: Aferição de pressão, consultas periódicas, tratamento e acompanhamento, conscientização e controle.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Consultas periódicas, acompanhamento dos pacientes, palestras educativas.
<b>Responsáveis:</b>	x Toda equipe de profissionais da ESF Bocaiense.
<b>Cronograma / Prazo</b>	x Janeiro de 2015 a Maio de 2015
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	x O plano de intervenção é gerido e acompanhado pelo médico em atuação e pela equipe de profissionais da saúde da ESF e do PSF, a avaliação é realizada pelos pacientes idosos e a população envolvida.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em consonância com todo o conteúdo exposto no presente estudo, foi possível avaliar a Hipertensão Arterial Sistêmica como doença de domínio mundial, e que está a merecer séria atenção, em todos os níveis e contextos da saúde.

Diante da aproximação dos profissionais de saúde do PSF e dos pacientes hipertensos idosos, é plenamente possível elaborar um plano de intervenção que atue pontualmente nos fatores sociais, econômicos, familiares e culturais que muitas vezes são determinantes para a não adesão ao tratamento, e assim sendo possível a implementação da ação educativa e a conseqüente diminuição dos efeitos e complicações agravantes advindas da HAS.

É com este enfoque que o trabalho em tela visa de forma ampla e qualificada, propor um plano de intervenção que seja atrativo, que busque atender aos fatores preponderantes na realidade situacional do município tutelado, de forma que a interpelação entre os serviços médicos e de saúde com os pacientes se torne uma constante na vida dessa sociedade, posto que mesmo moderado, o aumento da pressão sanguínea arterial está associado à redução da esperança de vida.

O nível de adesão aumenta quando de forma organizada e sistematizada se tem um atendimento prestado por uma equipe multidisciplinar. A luta para manter-se a adesão dos pacientes ao tratamento HAS é um grande desafio para o país, bem como para os profissionais de saúde, uma vez que depende da implementação de programas multidisciplinares em todos os níveis de atenção aos hipertensos, para que as intervenções sejam mais eficazes e satisfatórias, se aperfeiçoando com o passar do tempo.

Conclui-se então que ao criar um ambiente coletivo de interação entre os profissionais da saúde com os usuários desse sistema e seus familiares, forma-se uma cadeia facilitadora de prevenção e atenção aos cuidados necessários, de tal forma que o vínculo afetivo é criado, concluindo que novas políticas e planos de ação que tenham como objetivo a modificação de realidade que necessitam de intervenção serão sempre implantados como formas atrativas e capazes de atingir seu real potencial. O fruto da união de esforços e do apoio coletivo se perfaz na gratificante mudança do prisma social e da realidade dos pacientes cidadãos de Bocaina de Minas, de Minas Gerais, do Brasil e do mundo.

## **8.REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus. Brasília; 2001.

BARRETO-FILHO, J. A. S; KRIEGER, J. E. Genética e hipertensão arterial: conhecimento aplicado à prática clínica. **Rev. Soc. Bras. Card.** Estado de São Paulo, v.13, n.1, p. 46-55, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus. Brasília; 2001.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos Planejamentos e avaliações das ações em saúde. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde as Família 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG. 2010.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(8):1470-1471, ago., 2010.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *Revista Brasileira de Hipertensão*, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 383-392, nov. 2001.

LIMA, V. et al. Fatores de risco associados a hipertensão arterial sistêmica em vítimas de acidente vascular cerebral. *RBPS*, Fortaleza, v. 19, n. 3, p. 148-154, mar. 2006.

LOPES, M. C. L.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S.; SOUZA, A. C.; WAIDMAN, M. A. P. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n 1, p. 198-211, 2008.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

MEDEIROS, A. R. C.; VIANNA, R. P. T. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade de saúde da família de João Pessoa, Paraíba. **Temas em Saúde**, v. 6, n. 30-41, p. 5-13, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MION JR, D. et al. Hipertensão arterial: abordagem geral. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2002.

MONTEIRO, M.F.; SOBRAL FILHO, D.C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 10, n. 6, p. 513-516, nov. a dez. 2004.

OIGMAN, W. Hipertensão arterial: condutas. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 60, n. 7, p. 479-488, jul. 2003.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Linhas de cuidado: Hipertensão Arterial e Diabetes. Brasília (DF), 2010.

PERES, Denise S; MAGNA, Jocelí Mara; VIANA, Luis Atílio. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2003, vol.37, n.5, pp. 635-642.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E.C. de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, jan. 1998.

PIERIN, A. M .G. **Hipertensão arterial**: uma proposta para o cuidar. 1. ed. Barueri: Manole Ltda., 2004.

ROSÁRIO, TM; et al. Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres – MT. **ArqBrasCardiol**. 2009; 93(6) : 672-678.

TOSCANO, C.M.As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 885-895, out. 2004.

## **9. ANEXOS**

QUESTIONÁRIO MORISKY

O presente questionário tem o objetivo de avaliar o nível a adesão ao tratamento farmacológico dos pacientes hipertensos idosos no grupo operativo de hipertensos na cidade Bocaina de Minas.

Público alvo entrevistado:

População total: 12 pacientes idosos entre 60 e 79 anos

Resultados:

Somente 5 pacientes responderam não a todas as perguntas, dentre esses 1 as medicações são fornecidas pela filha no horário correto.

Dos outros 7 todos responderam sim as primeiras 2 perguntas.

#### **Teste de Morisky – Green ( TMG) 10 adaptado para língua portuguesa**

1 - Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar sua medicação?

2 - Você às vezes se descuida de tomar seu medicamento?

3 - Quando está se sentindo melhor você às vezes para de tomar seu medicamento?

4 – Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação , você para de tomá-la?

O paciente é considerado aderente ao tratamento quando responde não para todas as perguntas.