

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

THAÍS DE LIMA COUTINHO

**PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO DOS IDOSOS COM DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS CADASTRADOS NA EQUIPE 04
DO CENTRO DE SAÚDE NOSSA SENHORA APARECIDA, REGIONAL
CENTRO-SUL, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS.**

BELO HORIZONTE - MG

2014

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

THAÍS DE LIMA COUTINHO

**PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO DOS IDOSOS COM DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS CADASTRADOS NA EQUIPE 04
DO CENTRO DE SAÚDE NOSSA SENHORA APARECIDA, REGIONAL
CENTRO-SUL, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Agma Leozina Viana Souza

BELO HORIZONTE - MG

2014

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

THAÍS DE LIMA COUTINHO

**PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO DOS IDOSOS COM DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS CADASTRADOS NA EQUIPE 04
DO CENTRO DE SAÚDE NOSSA SENHORA APARECIDA, REGIONAL
CENTRO-SUL, BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Agma Leozina Viana Souza

Banca Examinadora

Prof^ª.: Agma Leozina Viana Souza - Orientadora

Prof^ª.: Marlene Azevedo de Magalhães Monteiro - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

Dedico este trabalho à minha amada mãe e queridas irmãs, motivo maior de todos os meus sorrisos. Ao meu pai em especial, meu anjo da guarda, pela sua eterna e doce presença em minha memória e em meu coração

AGRADEÇO

À minha orientadora, professora Agma Leozina Viana Souza, pela dedicação e
atenção.

À equipe do Centro de Saúde Nossa Senhora Aparecida pela ajuda.

À coordenação da Atenção Básica, pelo apoio.

RESUMO

Considerada um problema de saúde pública, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) está entre os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, sendo essa a principal causa de mortalidade do Brasil. O controle da HAS, de maneira contínua, visa a prevenção de alterações irreversíveis no organismo. Na Equipe de Saúde da Família (ESF) 04, do Centro de Saúde Nossa Senhora Aparecida, nota-se a dificuldade dos usuários em manter a pressão arterial em níveis apropriados. O controle da hipertensão arterial está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao tratamento sugerido. O objetivo geral deste trabalho é elaborar uma proposta intervenção que amplie o atendimento dos idosos hipertensos cadastrados na equipe 04 da Estratégia Saúde da Família, no Bairro São Lucas, Região Centro-Sul, Município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Os objetivos específicos são: identificar os motivos que influenciam na não-adesão ao tratamento e propor um plano de intervenção que estimule a adesão aos tratamentos sugeridos. O estudo faz uma revisão narrativa sobre o conhecimento existente na literatura sobre a hipertensão arterial em idosos, seus fatores de risco e sua prevalência. As bases de dados consultadas para a elaboração do trabalho foram Medline, Lilacs e PubMed, além dos manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria da Saúde de Minas Gerais e informações do DATA-SUS. Os resultados apontaram que os principais fatores para a não-adesão ao tratamento estão relacionados a efeitos colaterais dos medicamentos, fatores emocionais, abandono familiar, deficiência física e mental. A associação dos fatores aumenta a falta de adesão ao tratamento.

Palavras chaves: Hipertensão. Adesão á medicação. Idoso.

ABSTRACT

Considered a problem of public health, the Arterial Hypertension Systemic (AHS) it is among the principal risk factors for the cardiovascular diseases, being those to principal cause of mortality of Brazil. The control of the AHS, in a continuous way, it seeks the prevention of irreversible alterations in the organism. In the Team of Health of the Family (ESF) 04, of the Center of Our Health Senhora Aparecida, it is noticed the users' difficulty in maintaining the blood pressure in appropriate levels. The control of the arterial hypertension is directly related to the adhesion degree of the patient to the suggested treatment. The general objective of this work is to elaborate a proposed intervention that enlarges the attendance of the seniors hypertensions registered in the team 04 of the Strategy Health of the Family, in the Bairro São Lucas, Region Centro-Sul, Municipal district of Belo Horizonte, Minas Gerais. The specific objectives are: to identify the reasons that influence in the no-adhesion to the treatment and to propose an intervention plan that stimulates the adhesion to the suggested treatments. The study makes a narrative revision on the existent knowledge in the literature on the arterial hypertension in seniors, your risk factors and your prevalence. The bases of data consulted for the elaboration of the work they were Medline, Lilacs and PubMed, besides the manuals of ministry of Health and of the Clerkship of the Health of Minas Gerais and information of the DATA-SUS. The results pointed that the principal factors for the no-adhesion to the treatment are related to collateral effects of the medicines, emotional factors, I abandon family, physical and mental deficiency. The association of the factors increases the adhesion lack to the treatment.

Key words: Hypertension. Adhesion a medication. Senior.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVOS.....	11
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
4.1 A hipertensão arterial sistêmica.....	12
4.2 Medida da pressão arterial.....	13
4.3 Classificação da hipertensão	13
4.4 Fatores de risco.....	14
4.5 Hipertensão arterial no idosos.....	14
4.6 Tratamento.....	15
4.7 Fatores de risco para a falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial.....	16
5 METODOLOGIA.....	18
6 PLANO DE AÇÃO.....	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde, ou a Atenção Básica podendo ser assim denominada após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como diretriz ser o primeiro contato entre pacientes e o profissional de saúde, com atenção integral em um processo contínuo. Esse modelo de atenção é organizado com a própria comunidade e com os demais níveis da rede para restaurar, proteger e reabilitar a saúde da comunidade, sem discriminar os grupos humanos por sua condição pessoal, econômica, social ou cultural (GIL, 2006).

De acordo com Pereira & Alves (2004), o Programa da Saúde da Família (PSF) foi proposto pelo governo do Brasil e adotado pelos serviços estatais, em 1994, como resposta às discussões levantadas desde o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde. Reconhecido como um programa importante para o aprimoramento e consolidação do SUS, o PSF começou a ser implantado em todo o país, inicialmente nos pequenos municípios, e, atualmente nas grandes cidades e capitais dos Estados. O Ministério da Saúde (MS), ao lançar este programa, incrementa a territorialização, fortalece a integralidade, dá ênfase à promoção da saúde com o fortalecimento das ações intersetoriais, favorece o estabelecimento de vínculo com a população e promove a participação da comunidade e o trabalho de equipe sustentado pela atuação multidisciplinar.

A estruturação do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) vem sendo realizada através da territorialização, técnica utilizada para definir territórios de atuação dos serviços de saúde (FARIA, 2013).

Em Belo Horizonte, a implantação do PSF ocorreu através do projeto BH Vida: Saúde Integral da Secretaria Municipal de Saúde, vinculado ao programa BH Cidadania, coordenado pela Secretaria Municipal de Coordenação Social (CANABRAVA, 2005).

Com o propósito de promover e sustentar a saúde da população, o espaço territorial das áreas das Equipes de Saúde da Família (ESF) deve ser o lócus operacional de ações. A composição dessas áreas, na implantação do PSF em Belo Horizonte, levou em consideração a quantidade de habitantes e o índice de vulnerabilidade à saúde. Atualmente, a rede municipal de saúde de BH conta com 534 equipes de saúde da família e 236 equipes de saúde bucal, distribuídas nos 147 centros de saúde da cidade. Belo Horizonte está entre as capitais brasileiras que possui o maior Programa de Saúde da Família (PSF), com cobertura de 76% da população.

O Centro de Saúde Nossa Senhora Aparecida é um dos centros de saúde da regional Centro-Sul da capital mineira, situado no Aglomerado da Serra. Possui 04 equipes de Saúde da Família. A equipe 04, da qual faço parte, como cirurgiã-dentista, é considerada uma equipe de baixo risco. De acordo com o cadastro das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), o maior problema identificado na equipe 04 é o grande número de usuários na faixa etária superior a 65 anos, portadores de doenças crônicas degenerativas, como, por exemplo, a hipertensão arterial.

Segundo Renovato (2012), a hipertensão arterial sistêmica é uma condição crônica responsável diretamente por um grupo de doenças cardiovasculares graves e irreversíveis. Podem ser citadas a cardiopatia hipertensiva, a insuficiência cardíaca e as doenças decorrentes da aterosclerose e da trombose (doença isquêmica cardíaca, doença cerebrovascular, doença vascular periférica e doença renal). Desde a década de 1960, as doenças cardiovasculares superaram o índice de mortalidade das doenças infecciosas, sendo a primeira causa de mortalidade no Brasil. As doenças cardiovasculares representam 29,4% dos óbitos no Brasil.

O controle da HAS e suas complicações são um grande desafio para as equipes de Atenção Básica. O vínculo existente entre os profissionais das equipes PSF e a comunidade, pressupõe o conhecimento dos fatores culturais, sociais, religiosos e econômicos que influenciam a condição de vida das pessoas. Este conhecimento auxilia na identificação de formas de abordagem adequadas para a educação em saúde com vistas à aquisição de hábitos de vida saudáveis (BRASIL, 2002).

2 JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a hipertensão arterial, apresentaram um aumento significativo nos últimos anos, sendo responsáveis por um grande número de óbitos em todo o País (JARDIM, 2005).

Os principais problemas identificados no diagnóstico situacional da Equipe 4 do Centro de Saúde Nossa Senhora Aparecida estão relacionados aos hábitos de vida dos idosos portadores de doenças crônicas, dentre elas a hipertensão arterial e seus fatores de risco como o sedentarismo e a má alimentação. A identificação precoce das alterações na saúde e o estabelecimento do vínculo entre profissionais e usuários são a chave para o sucesso do controle desses agravos.

Este trabalho se justifica pela necessidade da equipe em estabelecer um plano de intervenção que contribua para reduzir os agravos em saúde identificados na população da área de abrangência.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar uma proposta de intervenção que amplie o atendimento dos idosos hipertensos cadastrados na equipe 04 da Estratégia Saúde da Família, no Bairro São Lucas, Região Centro-Sul, Município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

3.2 Específicos

- Identificar os motivos que interferem na não adesão ao tratamento da hipertensão arterial entre os idosos.
- Melhorar a capacitação para o auto cuidado em doenças crônico-degenerativas.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 A Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial - PA \geq 140 x 90mmHg. Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A hipertensão pode ser classificada em essencial ou secundária. A hipertensão essencial consiste na elevação persistente da pressão arterial como resultado de uma desregulação do mecanismo de controle homeostático da pressão. Já a hipertensão secundária possui causa definida, acometendo menos de 3% da população. As causas da hipertensão secundária podem ser divididas em categorias:

- Causas renais: rim policístico, doenças parenquimatosas.
- Causas renovasculares: coarctação da aorta, estenose da artéria renal.
- Causas endócrinas: feocromocitoma, hiperaldosteronismo primário, síndrome de Cushing, hipertireoidismo, hipotireoidismo, acromegalia.
- Causas exógenas: drogas, álcool, tabagismo (especialmente em grandes quantidades), cafeína, intoxicação química por metais pesados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Os altos níveis pressóricos desencadeiam uma série de sinais e sintomas característicos da doença, como: fadiga, tremores, palpitações, formigamento dos membros superiores e inferiores, visão turva e cefaléia, que podem culminar em um acidente vascular cerebral, gerando seqüelas irreversíveis (RIBEIRO; LOTUFO, 2005). Entretanto, nem sempre esses sinais e sintomas estão presentes, ou seja, grande parte dos indivíduos que vivem com hipertensão arterial, são assintomáticos (BRASIL, 2007).

Quando não tratada corretamente, a HAS é considerada um fator de risco para diversas doenças como: 25% dos casos de diálise por insuficiência renal crônica terminal, 60% dos casos de infarto do miocárdio e 80% dos acidentes vasculares cerebrais (MINAS GERAIS, 2006).

4.2 Medida da Pressão Arterial

A medida da pressão arterial deve ser realizada com estetoscópio e esfigmomanômetro adequado á circunferência do braço da pessoa a ser examinada, de acordo com as seguintes orientações:

1. A pessoa deve estar sentada, com o braço apoiado à altura do precórdio.
2. Medir após cinco minutos de repouso.
3. Evitar o uso de cigarro e de bebidas com cafeína nos 30 minutos precedentes.
4. A câmara inflável deve cobrir pelo menos dois terços da circunferência do braço.
5. Palpar o pulso braquial e inflar o manguito até 30mmHg acima do valor em que o pulso deixar de ser sentido.
6. Desinflar o manguito lentamente (2 a 4 mmHg/seg).
7. A pressão sistólica corresponde ao valor em que começarem a ser ouvido o ruído de Korotkoff (fase I).
8. A pressão diastólica corresponde ao desaparecimento dos batimentos (fase V).
9. Registrar valores com intervalos de 2 mmHg, evitando-se arredondamentos (Exemplo: 135/85 mmHg).
10. A média de duas aferições deve ser considerada como a pressão arterial do dia; se os valores observados diferirem em mais de 5 mmHg, medir novamente.
11. Na primeira vez, medir a pressão nos dois braços; se discrepantes, considerar o valor mais alto; nas vezes subsequentes, medir no mesmo braço (o direito de preferência).

4.3 Classificação da Hipertensão

De acordo com as Sociedades Brasileiras de Cardiologia e de Hipertensão (2010), a pressão arterial para adultos maiores de 18 anos pode ser classificada em:

- Ótima - PAS < 120 mmHg e PAD < 80 mmHg
- Normal - PAS < 130 mmHg e PAD < 85 mmHg
- Limítrofe - PAS < 130 a 139 mmHg e PAD 85 a 89 mmHg

- Hipertensão estágio 1 – PAS 140 a 159 mmHg e PAD 90 a 99 mmHg
- Hipertensão estágio 2 – PAS 160 a 179 mmHg e PAD 100 a 109 mmHg
- Hipertensão estágio 3 - PAS \geq 180 mmHg e PAD \geq 110mmHg.

4.4 Fatores de Risco

A hipertensão está relacionada a diversos fatores de risco, como por exemplo: a idade, a hereditariedade, o gênero, a raça, nível de escolaridade, status sócio-econômico, o etilismo, a obesidade e o tabagismo. A assimilação de vários fatores de risco para essa patologia contribui para a epidemiologia cardiovascular e nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos, que compreendem os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos (ZAITUNE *et al.*, 2006).

A idade apresenta relação direta e linear com a pressão arterial. A prevalência de HAS em pessoas com idade superior á 65 anos é de 60% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A prevalência da hipertensão em relação ao gênero é semelhante entre homens e mulheres, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década. Segundo Irigoyen *et al.* (2003), a pressão arterial é mais elevada em homens que em mulheres até 60 anos devido aos hormônios ovarianos presentes no sexo feminino. Esses hormônios, durante o climatério, são responsáveis pela diminuição da pressão. Com a chegada da menopausa a prevalência da hipertensão entre os sexos tende a se aproximar. O surgimento de moléstias cardiovasculares nas mulheres aparece aproximadamente entre 05 e 10 anos mais tarde que nos homens.

4.5 Hipertensão Arterial no Idoso

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), vivem 18 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos, representando 12% da população. De acordo as estimativas, em 2025 o país terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, aproximadamente 85%, apresentará pelo menos um tipo de doença (BRASIL, 2007). Dentre essas patologias estão as alterações cardiovasculares, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica a mais prevalente, aumentando progressivamente com a idade (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

As elevações na pressão sanguínea podem ser observadas durante o ciclo da vida. Junto ao envelhecimento, ocorrem alterações na fisiologia e anatomia cardiovascular, que, mesmo sem a doença, fazem aumentar a prevalência de pressão sanguínea elevada. Essa alteração da pressão arterial também está ligada aos hábitos de vida da pessoa (MENDES, 2008).

Segundo Matoso (2013) a Hipertensão Arterial Sistêmica foi diagnosticada em 63,2% dos brasileiros com 65 anos ou mais e se tornou um grave problema de saúde pública no Brasil (JARDIM, 2005).

Arruda e Amado (2004), defendem que concomitantemente com o envelhecimento, as alterações na saúde vão ocorrendo, e fazem parte de um processo fisiológico normal. Esses autores consideram que as alterações estruturais cardiovasculares decorrentes do envelhecimento diminuem a capacidade de funcionamento do coração e do sistema vascular. No idoso, a HAS acelera as alterações próprias da senescência.

Costardi (2004) correlaciona a faixa etária com a hipertensão arterial e aborda que com o envelhecimento, os níveis pressóricos diastólicos perdem progressivamente o seu impacto sobre a mortalidade cardiovascular. O processo de senescência acompanha-se da elevação progressiva da pressão sistólica secundária ao enrijecimento da parede das artérias. O desenvolvimento da hipertensão arterial sistólica na faixa etária avançada, antes de constituir-se em uma alteração benigna, vinculada ao envelhecimento natural, é um determinante isolado de risco de eventos cardiovasculares. Segundo Mion (2006), em idosos, a hipertensão é considerada uma das causas mais importantes de mortalidade prematura.

A Organização Mundial de Saúde, fundamentada em diversos estudos estabeleceu que, o idoso pode ser diagnosticado como hipertenso quando a Pressão Arterial Sistólica (PAS) for igual á 160 mmHg e/ou a Pressão Arterial Diastólica (PAD) for igual á 90 mmHg. Entretanto, o objetivo é a redução gradual da PA para valores abaixo de 140/90 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

4.6 Tratamento

O tratamento da HAS pode ser medicamentoso e não medicamentoso. Medidas não farmacológicas, como a ingestão de uma alimentação saudável e a práticas de exercícios físicos, são necessárias para o controle da hipertensão arterial sistêmica. Porém, a adesão ao tratamento é um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais da saúde, especialmente

na atenção básica. Há uma grande dificuldade tanto para o diagnóstico da hipertensão quanto para seu controle, sendo de suma importância para os profissionais saberem diferenciar a pressão não-controlada da não-adesão ao tratamento (BRASIL, 2002).

O tratamento adotado para a hipertensão arterial leve pode se basear em mudanças no estilo de vida, incluindo a prática de exercícios físicos e a ingestão de uma dieta balanceada fundamentada principalmente na redução de sal e gorduras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010). Quando indicado, o tratamento medicamentoso geralmente inclui um tipo de medicamento de uso oral seguindo o acompanhamento correto da PA. Quando não há uma resposta positiva no tratamento com a ingestão de apenas um medicamento, é realizada a associação de medicamentos para manter o controle pressórico. Essa associação pode incluir outras classes de medicamentos, além dos anti-hipertensivos, como por exemplo, o uso de diuréticos tiazídicos, beta-bloqueadores, bloqueadores do canal de cálcio e inibidores da enzima conversora da angiotensina (MOCHEL, *et al.*, 2007).

Lopes *et al.* (2006) relatam que de um modo geral a maioria dos hipertensos também são obesos e/ou possuem diabetes, sendo comum o uso de pelo menos três tipos de diferentes medicamentos, incluindo o anti-hipertensivo, um anti-glicemiante, um anti-agregante plaquetário, além de medicamentos para hipercolesterolemia.

O tratamento farmacológico associado ao tratamento não-farmacológico objetiva a redução da pressão arterial para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica, respeitando-se as características individuais, a ausência de outras doenças e a qualidade de vida de cada paciente (MOCHEL, *et al.*, 2007).

Segundo Almeida *et al.* (2007), os idosos portadores de hipertensão arterial, independente do gênero ou certos fatores de risco, apresentam maior dificuldade para aderir ao tratamento farmacológico eficientemente.

Uma maneira de alcançar o sucesso no tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica é o reconhecimento da importância da equipe multiprofissional no cuidado à saúde dos idosos, pois o mesmo pode influenciar positivamente na adaptação da doença, a efetivação do medicamento e mudanças de vida (GIACOMIN *et al.*, 2005).

4.7 Fatores de risco para a falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial

De acordo com Marcon *et al.* (1995), a assimilação dos fatores que influenciam na adesão ao tratamento, inicia-se através do reconhecimento das características do paciente

como: idade, escolaridade, sexo, raça, nível sócio-econômico, profissão, hábitos de vida, estado civil, religião, cultura e crenças de saúde.

Características do tratamento anti-hipertensivo, medicamentoso ou não, influenciam na sua adesão. Eventuais efeitos colaterais, mudança de comportamento do doente e tolerância ao tratamento devem ser considerados no processo de adesão. Em semelhante acuidade, encontram-se as políticas de saúde vigentes, a facilidade de acesso do paciente aos serviços de saúde e a qualidade do trabalho realizado nestes estabelecimentos. Uma outra variável no processo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, de acordo com Freitas *et al.* (2001), é o baixo nível de escolaridade. Para o autor, o indivíduo com pouca instrução apresenta menor conhecimento em prevenção da doença e, em vista disso, menor nível de adesão.

Chor (1998) cita que outra característica relevante em relação à falta de motivação em realizar o tratamento anti-hipertensivo é conseguir convencer o doente assintomático de que ele é doente, já que aparentemente sua saúde está boa. O estado civil também é uma variável sócio-demográfica importante. De acordo com o mesmo autor, os hipertensos casados, quando comparados com os solteiros, apresentam chances duas vezes maiores de aderirem ao tratamento.

O conhecimento e comprometimento do cuidador e o apoio da família e da sociedade são considerados fatores importantes e que influenciam no processo de adesão ao tratamento. Quanto maior o comprometimento do cuidador, mais fácil será o tratamento. Sendo assim, a equipe de saúde deve encorajá-lo a sentir-se um elemento ativo neste processo (MION JR *et al.*, 1995).

O sucesso do tratamento não depende apenas do doente ou das pessoas que o cercam. Muitos fatores que podem influenciar em um tratamento bem sucedido estão relacionados aos profissionais de saúde e ao estabelecimento. Profissionais não capacitados e estabelecimentos pouco desenvolvidos facilitam o abandono do tratamento (JARDIM *et al.*, 1996).

Além do desenvolvimento do serviço de saúde, a organização do mesmo, considerando o controle da clientela registrada, também é apontada como um fator predominante de adesão (CAMPOS, 1996).

5 METODOLOGIA

Para elaboração da proposta de acompanhamento dos idosos hipertensos cadastrados na ESF foram executadas duas etapas: síntese do diagnóstico situacional e elaboração do plano de ação.

A síntese do diagnóstico situacional foi baseada no método da estimativa rápida. A Estimativa Rápida Participativa (ERP) é um método que apóia o planejamento participativo no sentido de contribuir para a identificação das necessidades de saúde de grupos distintos, inclusive daqueles menos favorecidos, a partir da própria população, em conjunto com os administradores de saúde. Esse método de análise reúne algumas vantagens como a simplicidade, o baixo custo, a rapidez e informações específicas de populações definidas (ZIMMERMANN *et al.*, 2013).

O método se baseia em três princípios: 1) coleta de dados pertinentes e necessários; 2) levantamento de informações que reflitam as condições locais e as situações específicas; 3) envolvimento da comunidade na definição de seus próprios problemas e na busca de soluções. A estimativa rápida permite, dessa forma, conciliar o conhecimento teórico com o saber prático, de modo a facilitar ao tomador de decisão desenvolver o planejamento local em conjunto com a própria comunidade que recebe e avalia o serviço (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Neste trabalho, as fontes utilizadas foram o SIAB e o DATASUS. A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2012 e os dados coletados são referentes ao mesmo ano. O presente estudo teve como base uma revisão narrativa de literatura, com o intuito de identificar os principais fatores para a falta de adesão ao tratamento dos idosos hipertensos. Foi realizado, a princípio, uma busca de artigos nacionais utilizando as palavras-chaves “adesão á medicação”, “idoso”, “hipertensão”. Posteriormente à aquisição dos artigos, houve leitura e análise do conteúdo.

Após a revisão de literatura foi realizada uma reunião com a equipe de saúde para elaborar um plano de intervenção para o problema. Houve participação do médico, enfermeiro e odontólogo da equipe.

De acordo com a metodologia apresentada por Cardoso *et al.* (2008), um plano de ação é elaborado através da seleção dos nós críticos, o desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade do plano e elaboração do plano de ação.

6 PLANO DE AÇÃO

Para a elaboração do plano de ação foram utilizados dados do cadastro familiar que identificou na população geral da equipe: 898 pessoas com mais de 60 anos, sendo 561 mulheres e 337 homens. Do total, 422 (47%) vivem com hipertensão arterial.

O plano de ação foi elaborado de acordo com a metodologia apresentada por Cardoso *et al.* (2008). Os nós críticos foram selecionados assim como, o desenho das operações, a identificação dos recursos críticos, a análise de viabilidade do plano e elaboração do plano operativo.

Foram selecionados três problemas relacionados á hipertensão arterial, para serem enfrentados pela equipe, uma vez que dificilmente todos serão resolvidos ao mesmo tempo, principalmente por falta de recursos (políticos, materiais, humanos e financeiros).

De acordo com Cardoso e colaboradores (2008), o conceito de “nós-críticos” (tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo) também apresenta uma idéia de algo que possa sofrer intervenção, que está dentro de um determinado espaço de governabilidade.

A ESF 04 do Centro de Saúde Nossa Senhora Aparecida selecionou como “nós-críticos” situações em que a equipe possua alguma probabilidade de ação mais direta e que possam apresentar um impacto sobre o problema escolhido. Dentre eles:

- Desconhecimento da população sobre a Hipertensão Arterial.
- Despreparo das pessoas e das famílias para o autocuidado.
- Sedentarismo, o que contribui para o aparecimento de doenças cardiovasculares.

A planilha a seguir mostra o desenho das ações propostas pela equipe.

Planilha 1. Operações relacionadas á falta de adesão ao tratamento dos idosos com hipertensão da ESF 04 do Centro de Saúde N.S. Aparecida - Belo Horizonte/MG

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Baixo nível de informação da população sobre a hipertensão	<p>Aumentando o conhecimento</p> <p>Elevar o grau de conhecimento da população sobre hipertensão arterial.</p>	População mais ciente sobre a hipertensão arterial e as formas de tratamento (medicamentoso ou não).	Informação elevada sobre hipertensão arterial e adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	<p>Cognitivos: Ciência sobre o tema. Político: Parceria com o setor de educação e mobilização social. Financeiros: Disponibilização de conteúdo educativo relacionados a hipertensão.</p>
Hábitos inadequados	<p>Viva mais</p> <p>Modificar o estilo de vida e os hábitos da população idosa hipertensa da equipe 04.</p>	<p>Reduzir em 50% o número de sedentários no período de 01 ano.</p> <p>Almeja-se que 50% dos idosos hipertensos adquiram uma alimentação saudável.</p>	<p>Programa de caminhada orientada;</p> <p>Programa dieta adequada</p>	<p>Organizacional: Para organizar as caminhadas Cognitivo: Informação sobre o tema e maneira de divulgação Financeiro: Cartilhas e recursos áudio visuais relacionados a alimentação saudável</p>
Famílias sem preparos para o tratamento e enfrentament o da doença devido a falta de informação	<p>Apoio da família</p> <p>Aumentar a noção da família, sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.</p>	Inserir o grupo familiar no contexto do acompanhamento e tratamento dos hipertensos.	<p>Maioria das famílias participando e acompanhando o tratamento da hipertensão arterial no idoso.</p>	<p>Cognitivos: Ciência sobre o assunto; Políticos: Mobilização social, disponibilização de materiais educativos; Organizacionais: Organização das agendas dos profissionais.</p>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na revisão de literatura, nota-se que há um célebre crescimento no número de idosos em todo mundo, o que tem causado grande preocupação por parte da saúde pública. A apreensão desse crescimento acelerado deve-se ao fato de que na mesma proporção do aumento dessa parcela da população leva também os problemas de saúde. Como consequência há maior procura de serviços especializados, aumento de internações por doenças crônicas não tratadas adequadamente, dentre elas e hipertensão arterial. Por se tratar de uma condição crônica e multicausal, o tratamento e a prevenção da hipertensão exigem equipes multidisciplinares capazes de realizar a abordagem educativa desses pacientes e de seus familiares, seja em atendimentos individuais ou coletivos.

O presente estudo permitiu a assimilação de três grupos de fatores que interferem na adesão ao tratamento: 1) referentes ao próprio usuário; 2) relacionados à terapêutica medicamentosa e não medicamentosa; 3) pertinentes ao sistema de saúde.

Em relação aos profissionais de saúde, estes devem identificar as individualidades e respeitar os aspectos culturais de cada sujeito ensinando hábitos saudáveis sem ignorar as origens de cada pessoa. Nesse contexto, a maneira que o profissional de saúde se relaciona com o paciente é determinante para o sucesso na adesão ao tratamento.

A revisão mostrou que a baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo é um grave problema a ser enfrentado pela equipe de saúde. Informações e orientações sobre a doença podem auxiliar na compreensão dos riscos que se atribuem a este agravo melhorando a adesão ao tratamento.

Os profissionais de saúde devem estar capacitados para acolher os idosos através de orientações frequentes, acompanhamento domiciliar e grupos operativos, o que ainda é um desafio para estes profissionais na atualidade.

REFERENCIAS

ALMEIDA, V. et al. A hipertensão arterial. Manual de atenção à saúde do adulto- Hipertensão e diabete. 2.ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Minas Gerais, 2007, p.17-65; 151-162.

AMADO, T.C.F.; ARRUDA, I.K.G. Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**. v.19, n.2, p.94-99, jun.2004

BARALDI, G.S.; ALMEIDA, L.C.; BORGES, A.C.L.C. Perda auditiva e hipertensão: achados em um número de idosos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringol**. v.70, n.5, p. 640-644, out.2004.

BARBOSA, B.G.R.; LIMA, C.K.N. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no mundo. **Rev Bras Hipertens** v.13, n.1, p.35-38, 2006. Disponível em <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/09-indices-de-adesao.pdf>>. Acesso em: 21 setembro 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção básica. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Caderno de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil. Brasília, 160p, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília, 69p, 2002.

CAMPOS, E.P. Contribuição da psicologia ao tratamento do hipertenso. *Folha Méd.*, v.113, n.2, p.153-156, 1996.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010, 114p.

CANABRAVA, C.M; PEREIRA, P. C. M. Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005-2008. Gerência de Planejamento e Desenvolvimento, 2005.

CARDOSO, F.C. et al. **Módulo 3: Planejamento e Avaliação das ações da Saúde**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2008.

CHOR, D. **Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro: Hábitos de vida e tratamento**. *Arq. Bras. Cardiol.*, v.71, n.5, p.100-119, 1998.

COSTARDI, C.A. Atenção ao doente crônico- um sistema teórico instrumental em ressignificação. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manoele. 2004.

FARIA, R.M. A territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da saúde [on line]**, v. 9, n.16, p. 131-147, jun 2013. Disponível em <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501/12458>. Acesso em: 21 set. 2013.

FREITAS. O. C. *et al.*. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brazil. **Arq. Bras. Cardiol.**, V.77, n.1, p.16-21, 2001.

GIACOMIN KC, UCHÔA E, FIRMO JOA, LIMA-COSTA MF. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência edos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, 2005.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1171-1181, jun. 2006.

IRIGOYEN, M.C.; LACCHINI, S.; ANGELIS, K.; CICHELINI, L.C. Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? **Rev. Soc. Cardiol.** Estado de São Paulo. V.13. n.1, p.20-45, 2003.

JARDIM, P. C. B.V.; SOUZA, A. L. L.; MONEGO, E. T. **Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso**. Medicina, v.29, p.232-238, 1996.

JARDIM, R.A.; et al. A importância de Uma Assistência Diferenciada ao Cliente Hipertenso Visando á Adesão ao tratamento Proposto. **Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG**. Belo Horizonte, 2005.

LOPES, R.D; GUIMARÃES, H. P. Avaliação Clínica do Paciente Hipertenso. **SBM-Seminários Brasileiros em Medicina**, São Paulo, v.1, n.1, p.10-13, 2006.

MARCON, S. S. et al. Comportamento preventivo de servidores da UEM hipertensos e a aderência ao programa de assistência ao hipertenso do ambulatório. **Ciência Y Enfermagem** v.1, n.1, p.33-42, 1995.

MATOSO, J.M.D. *et al.*. Idosos hipertensos apresentam menor desempenho cognitivo do que idosos normotensos. UFRJ, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/2013nahead/aop_5070.pdf>. Acesso em: 12 out. 2013.

MENDES, R.; BARATA, J.L.T. Envelhecimento e pressão arterial. **Acta Med Port.** v.21, n.2, p.193-198, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG.2006.186 p.

MION Jr. et al. Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. **J. Bras. Nefrol.**, v.17, n.4, p.229-236,1995.

MION Jr. D, (org). V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão, **Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia**, 2006.

MOCHEL, E. G. et al. Avaliação do Tratamento e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica em Pacientes da Rede Pública em São Luiz (MA). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.31, n.7, Salvador, Jan/Jun, 2007.

OLIVEIRA, M.A.N. Educação à distância como estratégia para a educação permanente: possibilidades e desafios. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.5, n.60, p.585-9, set.2007.

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços da Saúde**, v.15, n.1, p.35-45, 2006

PEREIRA, C.M.O.; ALVES, M. A participação do enfermeiro na implantação do programa de Saúde da Família em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.3, p.311-5, maio/jun 2004

RABELLO, C.Z. *et al.* Uma reflexão sobre a atenção básica no sistema único de saúde. **Salusvita**. Bauru, v. 32, n. 2, p.199-204, 2013.

REINERS, AAO. **Interação profissional de saúde e usuário com hipertensão: contribuição para não adesão ao regime terapêutico** [tese]. São Pulo (SP): USP/EERP/ Programa Pós Graduação em Enfermagem; 2005.

RENOVATO, R.D.; BAGNATO, M.H.S. Idosos hipertensos na atenção básica em saúde: discursos e identidades. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, V.15, n.3, p.423-431, mar. 2012.

RIBEIRO, R.C.; LOTUFO, P.A. **Hipertensão Arterial Diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Sarvier. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. V. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiologia**. São Paulo. 2010.

WOODS, S.; SUARAM, E.; MOTZER, S. **Enfermagem em Cardiologia**. Buarueri: Manoele, 2005.

ZAITUNE, M.P.A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, V.22, n.3, p.285-294, fev. 2006.