

**LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS - GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANTONIO BORBA LIMA  
AURELICE GOMES FONSECA LIMA  
SILVANA GASPAR LOPES LIMA**

**ADESÃO DO IDOSO NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL,  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, BAIRRO SÃO MIGUEL, VARGEM  
GRANDE NO MARANHÃO**

São Luís

2007

**ANTONIO BORBA LIMA  
AURELICE GOMES FONSECA LIMA  
SILVANA GASPAR LOPES LIMA**

**ADESÃO DO IDOSO NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL,  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, BAIRRO SÃO MIGUEL, VARGEM  
GRANDE - MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da LABORO - Excelência em Pós-Graduação/ Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Especialista Maria Zali Borges Sousa San Lucas

São Luís  
2007

Lima, Antonio Borba.

Adesão do idoso no controle da hipertensão arterial, Programa Saúde da Família, bairro São Miguel, Vargem Grande - Maranhão. Antônio Borba Lima; Aurelice Gomes Fonseca Lima; Silvana Gaspar Lopes Lima. - São Luís, 2007.

44 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2007.

1. Envelhecimento. 2. Hipertensão arterial. 3. Programa Saúde da Família I. Título.

CDU 616.12-008.331.1

**ANTONIO BORBA LIMA**  
**AURELICE GOMES FONSECA LIMA**  
**SILVANA GASPAR LOPES LIMA**

**ADESÃO DO IDOSO NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL,  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, BAIRRO SÃO MIGUEL, VARGEM  
GRANDE - MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da LABORO - Excelência em Pós-Graduação/ Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em:    /    /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Maria Zali Borges Sousa San Lucas** (Orientadora)

Especialista em Geriatria

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

---

**Profa. Mônica Elinor Alves Gama**

Doutora em Medicina

Universidade São Paulo-USP

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por nos ter concedido a sabedoria e perseverança necessárias, para continuar essa caminhada rumo ao conhecimento.

Às nossas famílias, pelo empenho e dedicação com que se dedicaram a nós nos possibilitando a chegada de mais um novo patamar, sempre nos acompanhando e apoiando em todos os momentos.

Ao Secretário Municipal de Saúde do Município de Vargem Grande, Dr. Sebastião Aquino de Melo Gomes.

Aos idosos que aceitaram e permitiram que as pesquisas para este trabalho fossem realizadas.

A Profa. Maria Zali Borges Sousa San Lucas, nossa orientadora, desta produção acadêmica.

A todos os professores, funcionários e a instituição LABORO por ter nos proporcionado a oportunidade de aprofundar conhecimentos importantes.

As amigas construídas ao longo do Curso.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

*“Há cinco degraus para se alcançar a sabedoria:  
calar, ouvir, lembrar, sair, estudar.”*

Provérbio Árabe

## RESUMO

O envelhecimento é um processo natural repleto de modificações biológicas, psicossociais e econômicas que repercutem na qualidade de vida dos idosos. Com o aumento da expectativa de vida da população no Brasil, estima-se que no ano de 2025 teremos mais de 33 milhões de indivíduos com mais de 60 anos, fazendo emergir um sério problema de Saúde Pública: o aumento das doenças crônicas, entre elas, a hipertensão arterial, doença que por muitas vezes, não apresenta sintomas ou estes passam despercebidos, fazendo com que o indivíduo não procure tratamento especializado. Este trabalho tem como objetivo analisar a situação do indivíduo hipertenso em uma Equipe do Programa Saúde da Família, entendendo, como acontece sua adesão ao tratamento de controle da hipertensão arterial. A pesquisa foi realizada com 78 idosos hipertensos do bairro São Miguel, Vargem Grande (MA), onde foram aplicados questionários com perguntas que mostrassem o perfil destes hipertensos, fatores de risco, adesão ao tratamento e ações do PSF no acompanhamento aos idosos. Constatou-se a presença de fatores de riscos tais como: obesidade em 30,8% (24 idosos), diabetes em 17,9% (14 idosos), sedentarismo em 76,9% (60 idosos) e consumo de café com 55,15 (43 idosos). Muitos hipertensos disseram que não costumam interromper o tratamento, constatando melhora com o tratamento, frequência nas consultas e satisfação com o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde. Concluímos que o atendimento da equipe está sendo bem aceito pelo grupo estudado, o que repercute na adesão ao tratamento do controle da hipertensão arterial.

Palavras-chave: Envelhecimento. Hipertensão Arterial. Programa Saúde da Família.

## ABSTRACT

Aging is a natural process full of changes biological, psychosocial and economic impact that the quality of life of older people. With the increase in the population's life expectancy in Brazil, it is estimated that in the year 2025 we will have more than 33 million people over 60 years, making a serious emerging problem of Public Health: the increase of chronic diseases, including , hypertension, a disease that often no symptoms or they go unnoticed, so that the individual does not seek specialist treatment. This work aims to analyze the situation of the individual in a hypertensive Team of the Family Health Program, understanding, as its accession to the treatment of control of hypertension. The survey was conducted with 78 elderly hypertensive neighborhood of San Miguel, Vargem Grande (MA), which were applied questionnaires with questions that show the profile of hypertensive, risk factors, treatment and adherence to the shares of PSF in monitoring the elderly. It was the presence of risk factors such as obesity in 30.8% (24 elderly), diabetes in 17.9% (14 elderly), sedentary in 76,9% (60 elderly) and consumption of coffee with 55 , 15 (43 elderly). Many hypertensive said they do not usually stop treatment, noting improved with treatment, often in consultations and satisfaction with the work of the team of health. We conclude that the care team is well accepted by the group studied, which impact on adherence to the treatment of the control of hypertension.

Key - words: Aging. Arterial Hipertention. Program Health of the Family.

## LISTA DE GRÁFICOS

		p.
Gráfico 1 -	Distribuição percentual segundo o sexo dos 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.....	23
Gráfico 2 -	Distribuição percentual segundo a cor dos 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.....	24
Gráfico 3 -	Distribuição percentual sobre com quem residem os 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.....	25
Gráfico 4 -	Distribuição percentual segundo a renda dos 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.....	25
Gráfico 5 -	Distribuição percentual segundo o tipo de doenças atuais que os 78 idosos hipertensos possui no bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.....	26
Gráfico 6 -	Distribuição percentual segundo o tempo de tratamento da pressão pelos 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.....	27
Gráfico 7 -	Distribuição percentual segundo a frequência de consulta para o tratamento da pressão pelos 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.....	27
Gráfico 8 -	Distribuição percentual de acordo com a facilidade para consulta médica ou de enfermagem pelos 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007 .....	28
Gráfico 9 -	Distribuição percentual quanto da melhora dos 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF após início do tratamento do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007 .....	28
Gráfico 10 -	Distribuição percentual sobre se a medicação está sendo tomada pelos 78 idosos hipertensos de acordo com orientação médica do Bairro São Miguel, Vargem Grande - MA. 2007 .....	29

Gráfico 11 -	Distribuição percentual segundo a prática de atividade física pelos 78 idosos hipertensos do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA . 2007..	29
Gráfico 12 -	Distribuição percentual segundo a prática de alguma atividade diária pelos 78 idosos hipertensos do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.....	30
Gráfico 13 -	Distribuição percentual segundo a ingestão de verduras, legumes e frutas pelos 78 idosos hipertensos do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.....	30
Gráfico 14 -	Distribuição percentual segundo o uso de bebida alcoólica pelos 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.....	31
Gráfico 15 -	Distribuição percentual segundo o hábito de fumar dos 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.....	31
Gráfico 16 -	Distribuição percentual segundo o hábito de tomar café dos 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.....	32
Gráfico 17 -	Distribuição percentual sobre se a medicação recebida é suficiente para os 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.....	32
Gráfico 18 -	Distribuição percentual sobre o costume dos 78 idosos de interromper o tratamento medicamentoso sem ordem médica do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.....	33
Gráfico 19 -	Distribuição percentual sobre os motivos da interrupção do tratamento pelos 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.....	33
Gráfico 20 -	Distribuição percentual sobre a avaliação pelos 78 idosos das ações do PSF no controle da hipertensão arterial, Vargem Grande – MA. 2007.....	34
Gráfico 21 -	Distribuição percentual sobre a participação dos 78 idosos hipertensos nas ações desenvolvidas pelo programa aos idosos, Vargem Grande – MA. 2007.....	34

## LISTA DE SIGLAS

AB -	Atenção Básica
ACD -	Atendente de Consultório Dentário
AVE -	Acidente Vascular Encefálico
CBHA -	Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial
CD -	Cirurgião Dentista
CONASS -	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DCV -	Doenças Cardiovasculares
ESF -	Equipe Saúde da Família
FIBGE -	Fundação Instituto Brasileiro Geográfico Estatístico
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL -	High Density Lipoprotein
IBGE -	Instituto Brasileiro Geográfico Estatístico
IMC -	Índice de Massa Córpora
JNCR -	Joint National Committec Report
KM -	Kilome
MA -	Maranhão
MS -	Ministério da Saúde
NOAS -	Norma Operacional de Assistência do SUS
NOB -	Normas Operacionais Básicas
NOR -	Noradrenalina
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISI -	Programa de Atenção Integral a Saúde do Idoso
PAS -	Pressão Arterial Sistólica
PNAD -	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PSF -	Programa Saúde na Família
RDA -	Recommended Dietary Allowance
SBC -	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SNS -	Sistema Nervoso Simpático
SUS -	Sistema Único de Saúde
THD -	Técnico de Higiene Dental

## SUMÁRIO

	P.
LISTA DE GRÁFICOS .....	7
LISTA DE SIGLAS .....	9
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Geral .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Específicos .....</b>	<b>14</b>
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 O envelhecimento na sociedade atual .....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 Hipertensão Arterial e o envelhecimento .....</b>	<b>16</b>
<b>3.3 o PSF como estratégia de organização da Atenção Básica .....</b>	<b>18</b>
<b>3.4 O idoso e o Programa Saúde da Família – PSF .....</b>	<b>20</b>
<b>4 MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>22</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>35</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>36</b>
REFERÊNCIAS .....	37
APENDICES .....	39
ANEXO .....	43

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo multidimensional, dinâmico e progressivo, que apresenta inúmeras alterações no ser humano e não acontece de forma igual de uma pessoa para outra. Para Silva; Neves; Silva (2005), “o envelhecimento é um processo natural, repleto de alterações nos diferentes comportamentos corporais, com diversas repercussões no estilo e qualidade de vida”, podendo ser influenciado por fatores tais como: hábitos alimentares, meio ambiente, estilo de vida, hereditariedade, dieta, stress, sedentarismo, tipo e excesso de trabalho, e principalmente, pelo modo de vida na infância e fase adulta. Conhecer esses fatores ajuda a prevenir ou amenizar situações que colocam em risco a saúde do idoso.

A Hipertensão Arterial é uma enfermidade responsável por freqüentes e graves complicações na saúde das pessoas. O diagnóstico precoce e adequado desta doença implica em tratamento através de medidas farmacológicas ou não farmacológicas. Portanto, a prevenção do aumento da pressão arterial é a maneira mais eficaz de controle desta, evitando assim, várias complicações físicas e sociais. Conhecer o mecanismo fisiológico da pressão arterial é fundamental para que sejam planejadas estratégias de controle da hipertensão arterial.

O coração bombeia o sangue para os demais órgãos do corpo por meio de tubos chamados artérias. Quando o sangue é bombeado, este é “empurrado” (pressionado) contra as paredes dos vasos sanguíneos (artérias). Esta tensão gerada na parede das artérias é denominada pressão arterial.

Segundo o CBHA (1998), a Hipertensão Arterial ou “pressão alta” é a elevação da pressão arterial para números acima ou iguais a 140x90mmHg. Se o diâmetro interno das artérias diminuir haverá maior dificuldade para o sangue circular e o coração terá que trabalhar mais (fazer maior esforço) para bombear o sangue. Com o passar do tempo o coração trabalhando com este esforço constante e aumentado, ocorrerá como conseqüências, lesões no próprio coração e em outros órgãos que recebem o sangue. Algumas vezes, a hipertensão arterial é provocada por uma doença específica, tais como: doença renal, estenose de válvula mitral, dentre outras.

Conforme Fischer; Williams (2006), na maioria dos casos a hipertensão está ligada aos maus hábitos alimentares e de vida, dentre os quais, citam-se: ingestão exagerada de sal, stress, obesidade, sedentarismo, alcoolismo, tabagismo e outros. Segundo a OMS apud Amado; Arruda (2004), o idoso é considerado hipertenso quando a pressão arterial sistólica (PAS) é maior ou igual a 160mmHg e a pressão diastólica é maior ou igual a 90mmHg. Mas,

de acordo com o CBHA (1998), níveis pressóricos de 140x90, considerada hipertensão leve, já podem provocar Acidente Vascular Encefálico (AVE), outras doenças cardiovasculares e até levar à morte. Por isso, existe a preocupação em ampliar os métodos de diagnósticos e tratamento da referida doença.

A Hipertensão Arterial é uma das doenças mais prevalentes entre os idosos e quando não controlada pode causar vários problemas e complicações sérias à saúde. Dentre as principais, podemos citar AVE, infarto do miocárdio, nefropatias e outros. “A partir dos 60 anos, aproximadamente 50% das pessoas apresentarão alguma modificação dos níveis pressóricos, ou seja, algum grau de pressão arterial alta” (SGAMBATTI; PIERIN; MION JR., 2000).

O País vem envelhecendo rapidamente, e isto aponta para um número muito maior de hipertensos nos próximos anos, tendo como principais causas, dietas ricas em gordura e sal, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo. Todos estes fatores de riscos associados à falta de adesão ao tratamento e/ou uso inadequado de medicação contribuem para que os índices continuem elevados.

O Programa Saúde da Família tem como uma de suas responsabilidades a atenção à saúde do idoso, identificando os fatores de riscos junto a esta população e inserindo a família e a comunidade nas ações de prevenção aos agravos e promoção a saúde.

O PSF nasceu de uma decisão política firme, voltada para o bem da comunidade, com vista à reorganização do modelo assistencial, priorizando a situação de saúde (GAMA; TONIAL; SIMÕES, 2005). Em seus princípios busca a integralidade da assistência à saúde envolvendo a sociedade no processo de programação, execução e avaliação das ações de prevenção e promoção à saúde.

Tem como objetivo, tentar uma maior resolutividade das demandas que chegam até a equipe de saúde, composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Também se pode contar com uma Equipe de Saúde Bucal, que participa de todas as ações desenvolvidas na Unidade de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). O referido programa desenvolve, dentre outras atividades, a visita domiciliar, que garante:

O vínculo e o acesso da equipe de saúde ao contexto familiar e social dos assistidos destaca-se como uma atividade que permite acompanhar regularmente a saúde da família, prestar ou supervisionar cuidados e identificar, no domicílio e nas dinâmicas e relacionamento do grupo familiar, os fatores que poderão auxiliar na determinação do processo saúde x doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Assim, permite que a equipe planeje ações preventivas e de promoção à saúde, como também possibilita o acompanhamento às pessoas acamadas no domicílio. Para melhor entender como acontece a adesão do idoso ao tratamento e controle da hipertensão arterial no PSF, escolheu-se como área a ser estudada, o bairro de São Miguel, localizado no município de Vargem Grande - MA.

O município de Vargem Grande no Estado do Maranhão, situa-se na mesoregião norte maranhense e na microrregião de Itapecurú-Mirim. Possui uma área de 2.123,3 km, limitando-se ao norte com os municípios de Nina Rodrigues e São Benedito do Rio Preto, ao sul com os municípios de Timbiras e Coroatá, ao leste com o município de Chapadinha e a oeste com os municípios de Pirapemas e Cantanhede. Por sua vez, o bairro de São Miguel está localizado na zona urbana de Vargem Grande, com uma população estimada em 9.725 habitantes. A maioria dos moradores vive da lavoura, de atividades de baixa remuneração ou não possuem nenhum vínculo empregatício. Algumas famílias sobrevivem da renda mensal de aposentadoria de algum familiar. O bairro é servido por água encanada, não possui rede de esgoto, não existe coleta regular de lixo, a maioria das casas é de taipa coberta de palha, possui escola municipal e estadual, creche, igreja católica e um posto de saúde.

Justificam-se a necessidade de desenvolver este estudo a partir do momento em que os pesquisadores, enquanto profissionais do Programa Saúde da Família deste bairro, detectaram um número elevado de idosos hipertensos, que atualmente com uma população de 346 idosos, sendo 166 diagnosticados como hipertensos, perfazendo um índice de 47,9%, considerado alto, se comparado aos índices de 15% a 20% da população adulta rotulada como hipertensa (CBHA, 1998).

O diagnóstico realizado mais precocemente possível, aliado ao tratamento adequado e contínuo são fatores essenciais no controle da hipertensão arterial e o PSF do bairro São Miguel vem através de ações educativas realizando acompanhamento domiciliar, consulta médica e enfermagem desempenhando um trabalho que está contribuindo para melhorar a saúde dos idosos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Analisar a adesão do idoso hipertenso no Programa Saúde da Família na comunidade do bairro São Miguel em Vargem Grande.

### **2.2 Específicos**

- Traçar o perfil dos idosos da comunidade do bairro São Miguel;
- Identificar os fatores de risco para a Hipertensão Arterial em idosos da comunidade do bairro São Miguel;
- Conhecer o trabalho desenvolvido pela Equipe Saúde da Família com idosos hipertensos;
- Avaliar o índice de adesão ao tratamento medicamentoso.

## **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **3.1 O envelhecimento na sociedade atual**

O envelhecimento é um processo natural que vem repleto de modificações biológicas, psicossociais e econômicas que repercutem na qualidade de vida dos idosos. Estas modificações devem ocorrer de forma tranqüila, permitindo que o processo de envelhecimento aconteça de forma a favorecer a possibilidade de uma vida saudável.

A Assembléia Mundial sobre o envelhecimento, reunida em 1982, em Viena, estabeleceu a idade de 60 anos, como limite inferior da etapa do envelhecimento, quando

então a necessidade da pessoa receber mais atenção, ante as transformações fisiológicas que começam a se acentuar. O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e está acontecendo de forma distinta. Gomes; Loures (2004) argumentam que:

Enquanto nos países desenvolvidos o aumento da expectativa de vida esteve ligado principalmente à melhoria nas condições de vida da população, no Brasil e em outros países do terceiro mundo isso não aconteceu, ocorrendo aumento da expectativa de vida em cenário de pobreza.

Apesar da pobreza em várias regiões do País, a esperança de vida do idoso aumentou através de medidas preventivas como a cura de doenças, o avanço tecnológico na medicina e maior acesso a informação. De acordo com o Censo de 1991 apud Carvalho; Telarolli Júnior; Machado (1998) nas últimas três décadas observou-se uma mudança significativa no padrão demográfico brasileiro: caiu a fecundidade e mortalidade, aumentando a longevidade da população e elevando a participação dos maiores de 60 anos, no conjunto, na faixa etária na qual se encontram 7,2% dos brasileiros. Segundo Veras (1988) uma das principais causas do crescimento da população idosa seria a redução nas taxas de fecundidade, principalmente nos centros urbanos, em decorrência da necessidade de limitar o número de filhos, da incorporação da mulher no mercado de trabalho e das mudanças nos padrões socioculturais em virtude do processo de migração.

O crescimento da população idosa no Brasil foi mais acentuado do que na população em geral, caracterizando-se como “um país jovem de cabelos brancos”. Estima-se que no ano de 2025 teremos mais de 33 milhões de indivíduos com mais de 60 anos. A preocupação com a prevenção, promoção e recuperação da saúde do idoso é recente, e isto porque, não se está preparado para o envelhecimento populacional.

Atualmente, estudos sobre as condições e necessidades dos idosos começam a ser mais comuns, objetivando melhorar a qualidade de vida deste grupo. A formação e qualificação de profissionais nas especialidades de geriatria e gerontologia são medidas importantes no atendimento ao idoso. Assim, a saúde não deve ser entendida apenas como ausência de doenças, mas sim como a melhora na vida das pessoas.

A saúde do idoso, caracterizada por enfermidades complexas e onerosas, principalmente a prevalência das doenças crônico-degenerativas e incapacitantes, encontra um Sistema de Saúde e Previdenciário despreparado para atender as necessidades dos idosos. Como os problemas de saúde dos idosos são de longa duração, exigindo intervenções custosas e cuidados adequados, são estabelecidas importantes políticas sociais que assegurem o cumprimento de ações que atendam suas necessidades proporcionando bem-estar e melhor qualidade de vida.

É importante que a sociedade tenha consciência da série de problemas que acompanha o processo de envelhecimento, e deve procurar junto aos órgãos competentes planejar e desempenhar ações que garantam as pessoas usufruírem de sua velhice com mais dignidade.

Lamentável é saber que grande parte das pessoas envelheça em condições precárias, conseqüência da situação financeira, da falta de uma aposentadoria digna, falta de apoio familiar, hábitos de vida errôneos, dentre outras. Medidas preventivas na infância, juventude e idade adulta, contribuirão para que as pessoas cheguem à terceira idade com uma vida saudável, ativa e integrada à sociedade.

### **3.2 Hipertensão Arterial e o envelhecimento**

O rápido processo de envelhecimento da população faz emergir um sério problema de saúde pública: aumento das doenças crônicas degenerativas e suas co-morbidades. Segundo Veras (1988), as pessoas da terceira idade, há várias décadas, atingiram cifras expressivas nos países desenvolvidos. O referido autor ainda argumenta que:

A partir da década de setenta, mais de 50% das pessoas que atingiram os 65 anos, são de países em desenvolvimento. O Brasil em 1950 ocupava o 6º. lugar no ranking mundial de pessoas acima de 60 anos com 2,2 milhões de idosos. Em 1985 chegou-se a 8,9 milhões de pessoas com mais de 60 anos, ocupando o 11º. lugar. Estima-se que no ano 2025 o país deverá ocupar o 6º. lugar no ranking, com aproximadamente 33,8 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. No período entre 1950 e 2025, a população geral terá aumentado cinco vezes, enquanto a população de idosos terá aumentado 15 vezes.

Entre as doenças crônicas mais comuns nos idosos, a hipertensão arterial é a mais prevalente, sendo uma das causas mais determinantes de morbimortalidade nos idosos, e no Século XXI tornou-se um dos grandes desafios para a saúde pública. Ela é responsável pelo aumento de morbimortalidade entre o idoso devido sua alta prevalência, por constituir fator de risco para complicações cardiovasculares e por levar a incapacidade ocasionando perda de autonomia, contribuindo para uma diminuição na qualidade de vida dos idosos.

Com o envelhecimento, ocorre uma incidência maior de problemas de saúde, que impõem algumas limitações que devem ser vistas como naturais. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2002), aproximadamente 65% da população de idosos são portadores de hipertensão arterial sistêmica e, agrava-se mais nas mulheres com faixa etária superior a 65 anos, com uma prevalência que pode chegar a 80%. Com o aumento da população de idosos tende a crescer o número de portadores de hipertensão arterial.

O CBHA (1998) conceituou a doença “como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas e hormonais e a “fenômenos

tróficos” (hipertrofia cardíaca e vascular)”. De acordo com o Joint National Committee (1997), a hipertensão arterial foi classificada da seguinte forma:

	<b>Pressão sistólica mmHg (máx)</b>	<b>Pressão diastólica mmHg (mín)</b>
Pressão Normal	< 130 – 139	< 85 – 89
Hipertensão leve	140 – 159	90 – 99
Hipertensão moderada	160 – 179	100 – 109
Hipertensão grave	< = 180 – 209	110 – 119

Atinge pessoas em diferentes faixas etárias de ambos os sexos e de todas as raças. Conhecida como uma “doença silenciosa”, por, muitas vezes, não apresentar sintomas ou estes passarem despercebidos aos pacientes, contribui para que as pessoas não procurem o serviço médico e aqueles que sabem do problema não realizam o tratamento adequado por falta de motivação ou recursos.

A hipertensão arterial quando não tratada adequadamente, traz sérias conseqüências, causando lesões em vários órgãos vitais e provocando outras doenças tais como: Acidente Vascular Encefálico (AVE), infarto do miocárdio, nefropatias, insuficiência cardíaca e outras. Torna-se então prioridade “um diagnóstico precoce da hipertensão arterial para evitar os efeitos deletérios da doença”.

Muitas doenças não acontecem somente devido a alguma insuficiência de determinado órgão, existem inúmeros fatores de risco que, associados às condições de moradia, baixo nível de escolaridade e de renda e hábitos alimentares inadequados, contribuem para uma prevalência maior de determinada doença. Saber que a hipertensão arterial é considerada uma das principais causas de morbimortalidade entre os idosos e entender que o diagnóstico precoce pode evitar ou amenizar os efeitos colaterais desta doença, torna-se importante na utilização de medidas preventivas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Um dos grandes problemas enfrentados no controle da hipertensão arterial é a falta de adesão ao tratamento, com a suspensão do uso de medicamento e principalmente com a adoção de estilos inadequados de vida. Portanto, o tratamento tem a finalidade de controlar a pressão arterial para níveis abaixo de 140/90, visando à redução de complicações decorrentes e incluindo além do uso de medicamentos e mudança de hábitos.

### **3.3 O PSF como estratégia de organização da Atenção Básica**

O Sistema Único de Saúde é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, instituído a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde Nº. 8.080/90. Surgiu após vários debates políticos dos movimentos sociais pela melhoria da saúde no Brasil. Antes do SUS, o País apresentava um sistema centralizado e desarticulado, em que o Ministério da Saúde, com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia ações de promoção à saúde e prevenção às doenças, principalmente com campanhas de vacinas e controle de endemias e o Ministério da Previdência e Assistência Social, promovia assistência à saúde, com internações e consultas médicas apenas aos trabalhadores da economia formal.

A concretização do SUS como uma política pública avançada, requer mudanças nas práticas, nas normas, nos valores e na organização das instituições de saúde. Desta forma, a estruturação de um novo modelo assistencial depende não apenas de um bom projeto, mas de recursos financeiros e de práticas em saúde que visem proporcionar melhor qualidade de vida. Baseia-se na concepção de saúde como direito de cidadania assegurada pelo Estado.

A saúde não deve ser vista apenas como tratamento de doenças, mas sim como resultante, das boas condições de “alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Para melhorar a qualidade de vida é necessária uma visão integrada dos problemas sociais, identificando as causas sociais, econômicas e culturais, na busca de soluções adequadas à realidade social em que se apresentam.

No novo modelo assistencial, os problemas sociais são analisados sob vários prismas, possibilitando visualizar soluções adequadas à realidade social em que aparecem. Desta forma, o SUS procura garantir maior resolutividade na solução dos problemas desenvolvendo ações promocionais e preventivas na área da saúde, segundo seus princípios doutrinários: Universalidade, Integralidade e a Equidade das ações e Organizativos: Descentralização, Hierarquização e a Participação Popular na gestão dos serviços.

A década de 90 foi marcada por um movimento de reformas no sistema, que buscou modificar as operações de saúde no sentido de acelerar o processo de descentralização, reestruturar os mecanismos de financiamento das ações e, principalmente, fortalecer a Atenção Básica (AB). Essas mudanças passam a ser regulamentadas através das Normas Operacionais Básicas (NOB), que são utilizadas para “a definição de estratégias e movimentos tático-operacionais que reorientem a operacionalidade do sistema, a partir da

avaliação periódica de implantação e desempenho do SUS” (GAMA; SIMÕES; SALDANHA, 2002) Foram instituídas através de portarias ministeriais, que definem as competências de cada esfera do governo e os critérios para que Estado e Município assumam responsabilidades no gerenciamento do sistema de saúde.

Todas as normas contribuíram no processo de consolidação do SUS, mas, ressalta-se a importância da NOB/SUS/96, que delega aos municípios a responsabilidade pela organização e desenvolvimento do sistema municipal de saúde, onde estão incluídas as ações de atenção básica. Outro fator que fortalece a atenção básica é a publicação da Norma Operacional de Assistência do SUS – NOAS/SUS/01, que objetiva “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, pois veio para alavancar o processo de descentralização da saúde” (GAMA; TONIAL; SIMÕES, 2005).

Assim, para atingir seus objetivos, a NOAS adota o processo de regionalização “que é um planejamento por meio do quais os sistemas de saúde funcionam articulados em redes e cooperativas de atenção em territórios delimitados com populações definidas para garantir o acesso dos usuários às ações e serviços que não estão disponíveis em seus municípios” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Portanto, o momento em que a NOAS é implantada, torna-se, também, um momento de reflexão e organização da atenção básica o que vem a contribuir para a consolidação do SUS.

A Atenção Básica visa à promoção da saúde e a prevenção de doenças através de serviços de alta qualidade e resolutividade, respondendo as necessidades básicas de saúde da população. De acordo com o conceito adotado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS, em 2004, a Atenção Básica deve orientar-se pelos princípios da Universalidade, Acessibilidade (ao Sistema), Continuidade, Integralidade, Responsabilidade, Humanização, Vínculo, Equidade e Participação Social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). É no fortalecimento da Atenção Básica, que o Ministério da Saúde, cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, em 1991, e o Programa Saúde da Família-PSF, em 1994, como ações estratégicas de organização do modelo assistencial de saúde.

Quando o Programa Saúde da Família surge é apresentado como uma estratégia que objetiva reorientar as práticas de atenção à saúde, rompendo com o antigo modelo assistencial, e estendendo suas ações para a comunidade. De acordo com o Ministério da Saúde (2002), o PSF é formado por equipes multiprofissionais compostas por:

No mínimo por 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde, que desempenham papel fundamental na equipe de saúde ao serem o elo desta com a comunidade e cabe a cada equipe a responsabilidade de 600 a 1000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas e, ao agente de saúde, o acompanhamento de 20 a 250 famílias. Integrado ao trabalho do Programa Saúde da Família, têm-se os profissionais da Equipe de Saúde Bucal, que também participam de atividades que visam ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras. As equipes são formadas por 1 cirurgião-dentista (CD), 1 atendente de consultório dentário (ACD) e 1 técnico de higiene dental (THD).

Ao definir responsabilidades territoriais e a descrição de famílias, o Programa Saúde da Família-PSF, resgata os vínculos de compromisso e de co-responsabilidades entre os serviços de saúde, os profissionais e a população. A estratégia Saúde da Família assume a reorganização da Atenção Básica, reformulando o modelo assistencial, que antes priorizava ações de saúde no plano curativo para um novo modelo que pauta suas ações nos princípios da promoção da saúde, agindo diretamente na prevenção, melhorando os indicadores de saúde e a qualidade de vida das pessoas.

Para isso, o Programa, através de uma equipe capacitada, busca conhecer a realidade das famílias das quais é responsável, identificando com a participação da comunidade os problemas de saúde, prioridades e elaborando ações que objetivem a solução dos problemas no processo de saúde-doença. Desta forma, o controle social (com a inclusão de representantes da sociedade nos Conselhos de Saúde) e a participação social se consolidam como princípios do SUS, na organização da Atenção Básica. O PSF é um programa inclusivo, promotor da equidade e integralidade, que vem contribuindo para a melhoria nos indicadores de saúde da população.

### **3.4 O idoso e o Programa Saúde da Família - PSF**

O envelhecimento encontra, principalmente, nos países em desenvolvimento uma sociedade despreparada, que não sabe lidar com os problemas que surgem em decorrência das mudanças biológicas, psicossociais e econômicas que ocorrem na vida dos idosos. Portanto, se faz necessário que a sociedade tenha conhecimento desses problemas, e crie políticas de saúde que atendam as necessidades dos idosos. Qualquer ação na área da saúde, para a melhoria de qualidade de vida dos idosos, deve ser desenvolvida na perspectiva da Atenção Básica-AB, identificando os fatores de risco e intervindo com o objetivo de promover a saúde, prevenir os agravos e prestar assistência aos idosos.

Na Atenção Básica, são realizadas consultas médicas, de enfermagem, de terapeutas e outros profissionais, garantindo o atendimento integral das necessidades dos idosos e envolvendo a família e a comunidade nas ações de saúde.

O Ministério da Saúde, com objetivo de organizar serviços de saúde para os idosos, criou o Programa de Atenção Integral a Saúde do Idoso-PAISI, que tem como meta “a mobilização da família e da comunidade para que assumam seu papel no processo de valorização do idoso” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Aliada a uma política para o idoso, se faz necessário capacitar profissionais da área da Saúde, principalmente geriatras para a execução de ações que visem melhorar a saúde do idoso. Os idosos devem estar vigilantes quanto à saúde, devendo ser orientados adequadamente a seguir hábitos saudáveis de vida.

O PSF, através de ações educativas de promoção a saúde e tratamento das doenças, entre elas, o controle da hipertensão arterial nos idosos, contribui para que estes tenham mais qualidade de vida. Importante ressaltar que a hipertensão arterial apesar de ser uma doença de simples diagnóstico e tratamento, pode causar, se não diagnosticada em tempo hábil, danos irreversíveis a saúde ou até a morte.

A consulta ao idoso deve abordar a história familiar, as doenças atuais, medicamentos utilizados, hábitos de vida e cabe ao profissional a interpretação de sinais e sintomas que colocam em risco a saúde. O tratamento não-medicamentoso e medicamentoso do idoso hipertenso fundamenta-se, principalmente, na mudança dos hábitos alimentares, na redução do sal ingerido, do peso corporal e na ingestão de gorduras, na abstenção do álcool e tabagismo, no aumento da ingestão de potássio, cálcio e magnésio e na prática de atividades físicas. Essas medidas além de ajudar no controle da hipertensão arterial, prescindindo até em alguns casos o uso do medicamento, também facilitam a ação do medicamento naqueles casos mais graves.

É necessário que o paciente aceite o tratamento, não o abandonando, quando achar-se curado, não se medicando apenas nos momentos em que estiver passando mal, ou ainda, não mudando seus hábitos errôneos de vida. O desenvolvimento de ações preventivas e promocionais a saúde, ajudarão os hipertensos idosos a vencer os obstáculos impostos pela doença e assim ter uma vida mais saudável.

#### **4 MATERIAL E MÉTODOS**

Para conhecer a situação dos idosos hipertensos na Equipe Saúde da Família do bairro São Miguel da cidade de Vargem Grande-MA, adotou-se uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa.

O processo de amostragem foi feito utilizando o Programa Bio Estatic 3.0. A amostragem foi feita simples sem reposição, já que permitiu que todos os idosos hipertensos cadastrados tivessem a mesma chance de serem incluídos no estudo. Utilizando este programa chegamos ao tamanho mínimo da amostra de 75 (setenta e cinco) idosos.

Esse universo foi baseado numa população de 346 idosos, cadastrados no ano de 2003 no Programa Saúde da Família, com frequência de 47,9%, variação aceitável de 37,90% e nível de significância de 5%. Entretanto, considerando uma possível perda, foram selecionados 82 idosos. De posse dos prontuários dos idosos, elaboramos uma lista de referência com o nome destes, endereço e o nome do agente comunitário responsável por tal idoso, e numeramos de 01 a 166 e depois através do programa Bio Estatic 3.0 foram selecionados os que iríamos aplicar os questionários. Foi solicitado que os agentes comunitários de saúde entrassem em contato com os idosos cadastrados e marcassem o dia para preenchimento dos questionários.

No que se refere às considerações éticas, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA, uma vez que envolveu seres humanos. A pesquisa foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS N°. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa. O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo referido Comitê através do Parecer Consubstanciado n° 203/07.

Aplicaram-se os questionários compostos por questões fechadas que foram organizadas da seguinte forma:

1º. bloco: identificação do paciente;

2º. bloco: dados relativos à situação sócio-econômica e familiar;

3º. bloco: presença de doenças que comprometem a saúde do idoso;

4º. bloco: dados relativos ao tratamento da hipertensão arterial;

5º. bloco: Programa Saúde da família.

No decorrer do processo de aplicação do questionário, as perguntas que não ficavam entendidas, havia necessidade de mais detalhamento. Teve-se o cuidado de não conduzir a resposta. Dos 82 idosos selecionados, apenas 4 não responderam ao questionário. Os questionários foram analisados utilizando-se o Programa SPSS for Windows 10.0.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 78 idosos entrevistados, 64,1% são do sexo feminino e 35,9% do sexo masculino, conforme mostra o Gráfico 1.

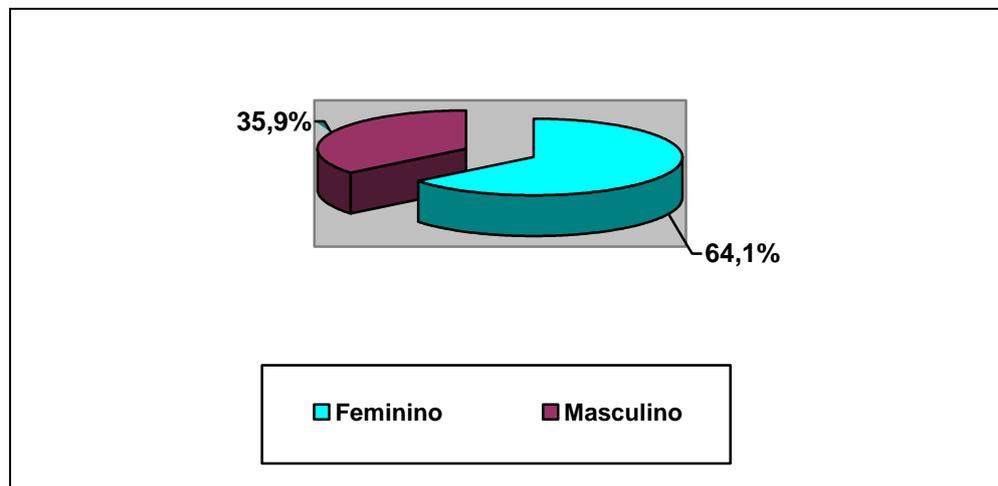


Gráfico 1 - Distribuição percentual segundo o sexo dos 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.

Vários estudos explicam que as mulheres jovens estão mais protegidas contra a hipertensão arterial e as doenças crônicas degenerativas. Para Oparil (1990), a hipertensão é mais comum em homens do que em mulheres, até aproximadamente os 50 anos de idade. Após esta idade, a hipertensão tem maior prevalência nas mulheres. Esse aumento está relacionado com as mudanças hormonais da menopausa.

Outro fator que explica termos encontrado um número maior de mulheres com hipertensão arterial é o fato de estas serem mais preocupadas com a saúde, e conseqüentemente, procurarem com freqüência, atendimento médico. Dado este, que se confirma diante do resultado de 71% de mulheres que procuraram atendimento médico nos serviço de saúde do País nos últimos anos, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE/PNAD em 2003.

Quanto à cor, a prevalência de hipertensão arterial foi maior nos pardos com percentual de 56,4%; nos negros, o percentual foi de 25,7%, e nos brancos, com percentual de 17,9%. (Gráfico 2).

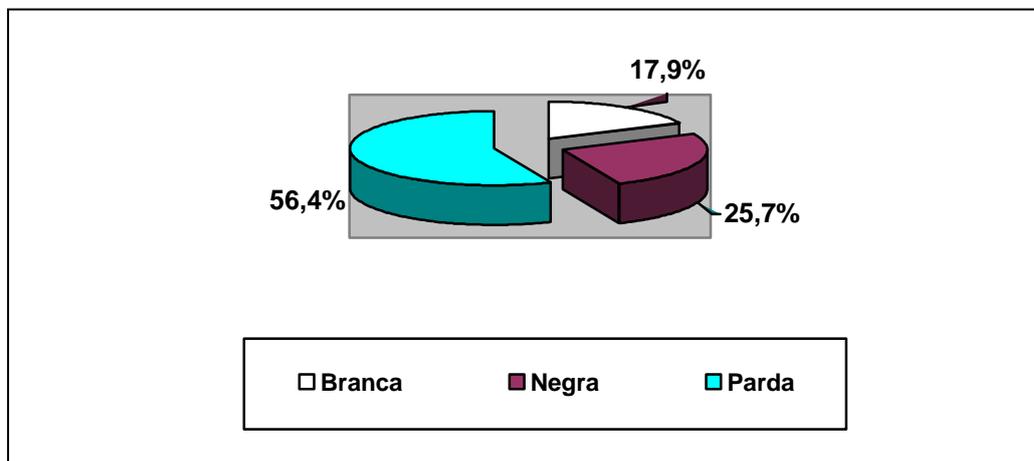


Gráfico 2 - Distribuição percentual segundo a cor dos 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.

Segundo a literatura, a prevalência de hipertensão arterial nos negros é duas vezes maior do que nos brancos, porque eles possuem maior concentração de vasopressina plasmática e menor resposta renal. A hipertensão arterial torna-se mais grave nos negros devido à maior frequência do comprometimento dos órgãos alvo, de acidente vascular encefálico e de problemas de insuficiência renal. Fatores sócio-econômicos, também, contribuem para o agravamento da hipertensão arterial neste grupo (BARRETO-FILHO; CONSOLIM-COLOMBO; LOPES, 2002).

Analisando-se a variável que mostra com quem o idoso reside, foi encontrada uma incidência maior desses, vivendo acompanhados por vários familiares, como: esposa ou companheira, filhos, netos e outros, que concorda com o conceito de família de, que a define como “um grupo de indivíduos ligados por fortes vínculos emocionais com sentido de posse e a inclinação a participar das vidas um dos outros”. (WRIGHT; WATSON; BELL apud COSTA; CARBONE, 2004). (Gráfico 3)

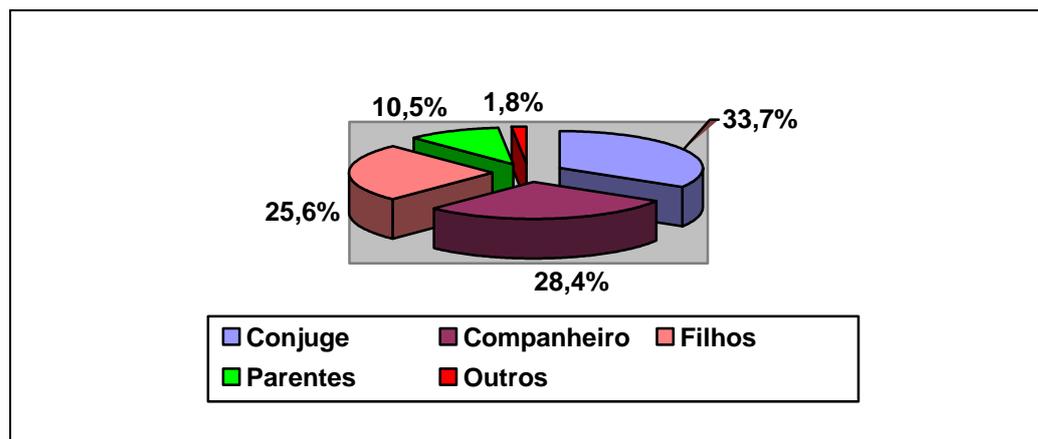


Gráfico 3 - Distribuição percentual sobre com quem residem os 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.

Quanto a renda familiar, 48,7% dos idosos possuem renda de até 1 salário-mínimo; 47,5%, possuem renda de 1 a 3 salários mínimos e 3,8%, referiram não possuir renda. (Gráfico 4)

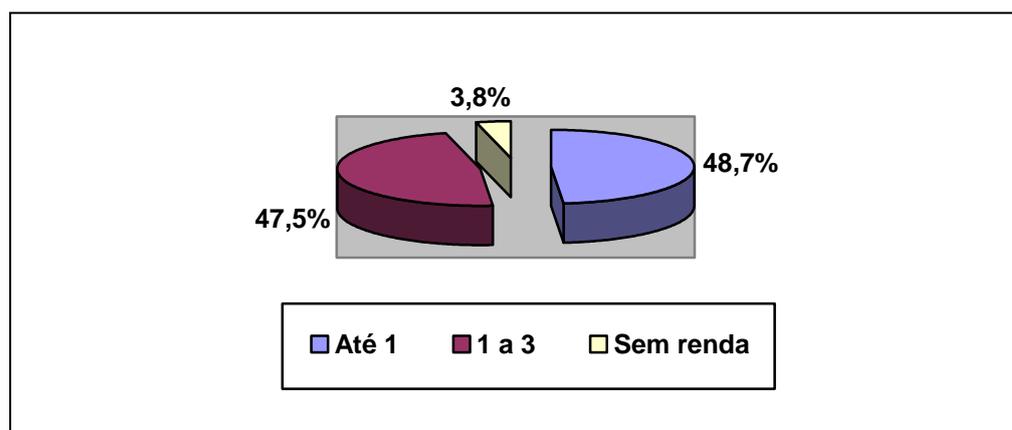


Gráfico 4 - Distribuição percentual segundo a renda familiar dos 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.

No que se refere a análise sobre co-morbidades associadas à hipertensão arterial, prevaleceram à obesidade com 30,8%, diabetes com 17, 9% e 39,7% desconhecem serem portadores de qualquer outra doença. (Gráfico 5)

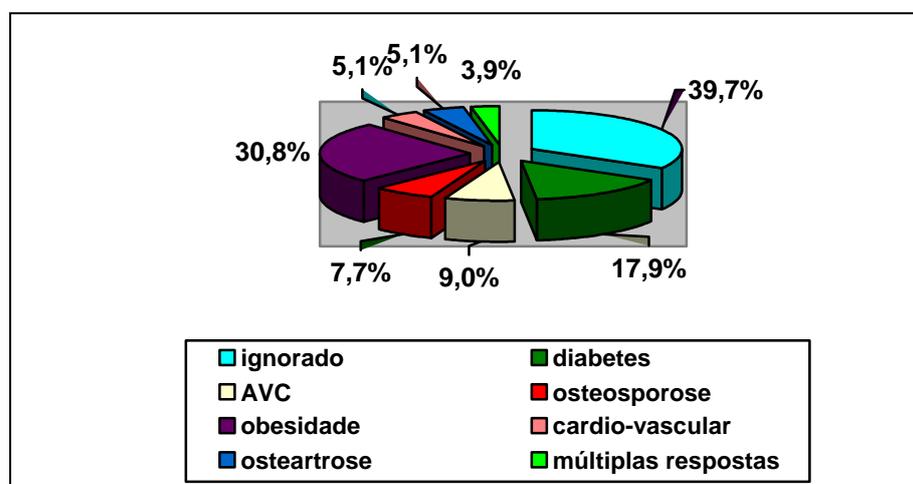


Gráfico 5 - Distribuição percentual segundo o tipo de doenças atuais que os 78 idosos hipertensos possuem no bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.

De acordo com os estudos, o indivíduo é considerado obeso quando sua massa corpórea (IMC), é igual ou acima de 30kg/m<sup>2</sup>, sendo portanto, a obesidade um importante fator de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial. “O excesso de peso guarda uma relação direta com a mortalidade por DCV (doenças cardiovasculares), uma vez que está associada à maior incidência de HAS” (BARRETO-FILHO; CONSOLIM-COLOMBO; LOPES, 2002). Segundo estudos, a perda de peso, associada a uma dieta restrita de sal e gorduras, mais a prática de atividade física regular, seria o tratamento eficaz na diminuição dos níveis pressóricos (SILVA; SILVA, 2004).

O Diabetes Mellitus é muito comum na população idosa, associado aos níveis pressóricos elevados, pode apresentar fatores de risco cardiovascular. É comum o diabetes está associado à obesidade e dislipidemias (aumento dos triglicédeos, diminuição do HDL, colesterol e redução da atividade fibrinolítica e dos níveis de antitrombina III); e como consequência, ocorre resistência periférica, a insulina e consequentemente hiperinsulinemia, ativando o Sistema Nervoso Simpático (SNS), aumentando os níveis de Noradrenalina (NOR), com maior retenção renal de sódio, elevando os níveis pressóricos (SILVA; SILVA, 2004).

No Gráfico 6, verifica-se que 75,6% dos idosos referiram estar em tratamento entre 1 a 5 anos.

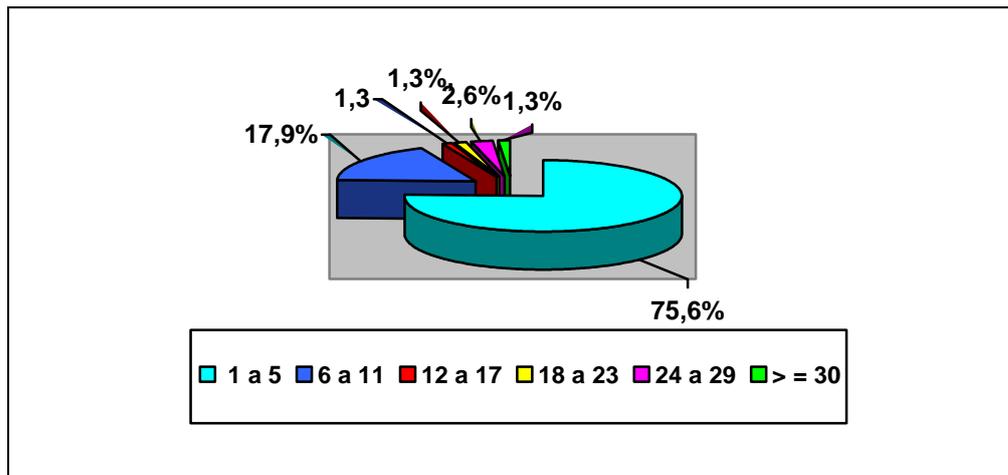


Gráfico 6 - Distribuição percentual segundo o tempo de tratamento da pressão pelos 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF, no bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.

Quanto à frequência das consultas observadas no Gráfico 7, mostra-se que 91% dos hipertensos consultam pelo menos uma vez ao mês, demonstrando a preocupação em manter os níveis pressóricos normais.

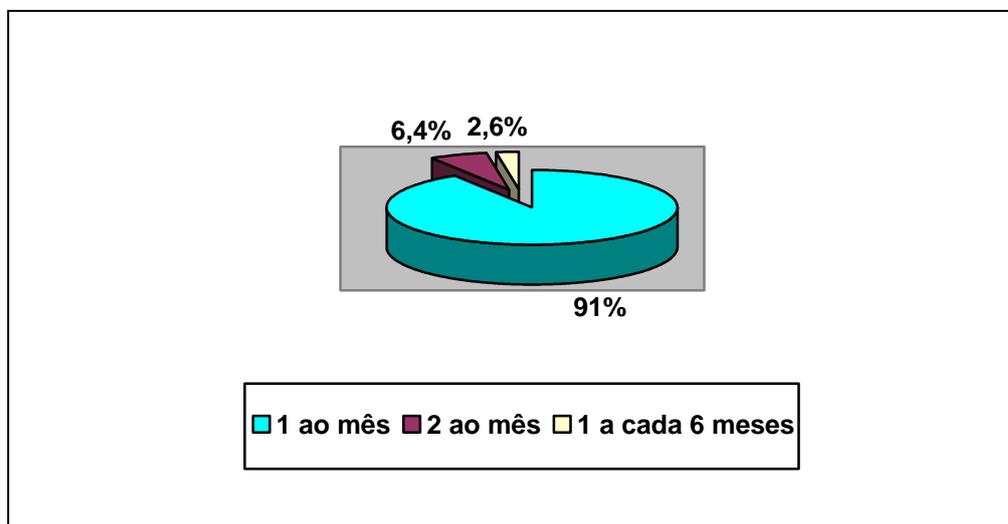


Gráfico 7 - Distribuição percentual segundo a frequência de consulta para o tratamento da pressão pelos 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF, no bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007

Através do Gráfico 8, pode-se evidenciar que 91,1% dos idosos, encontram facilidade para marcar a consulta.

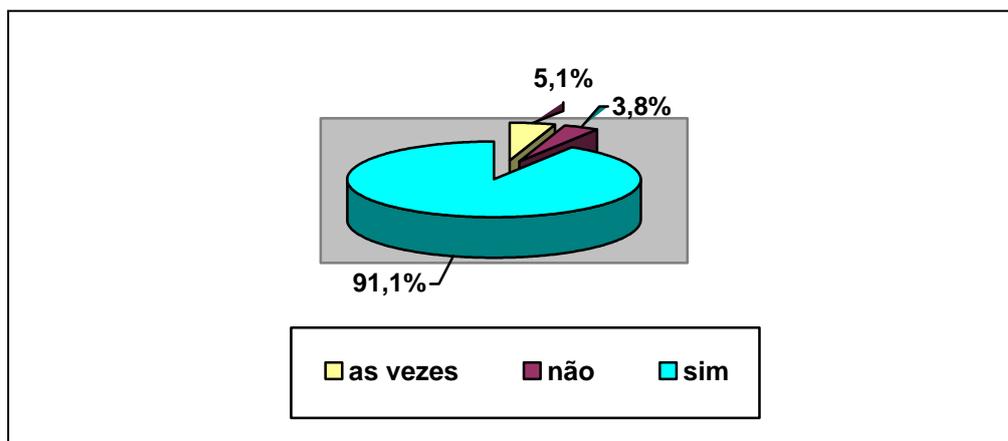


Gráfico 8 - Distribuição percentual de acordo com a facilidade para consulta médica ou de enfermagem pelos 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande - MA. 2007.

Sobre a melhora do paciente a partir do início do tratamento, 89,7% deles declararam que se sentiam bem melhor. (Gráfico 9)

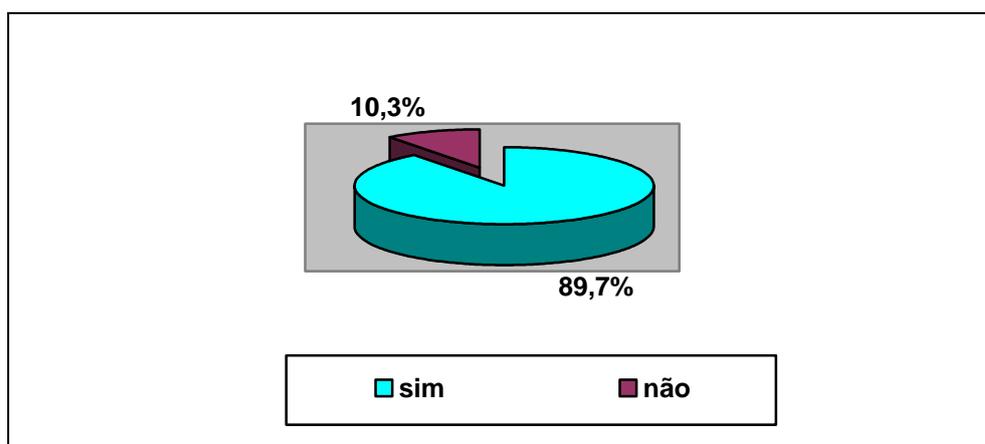


Gráfico 9 - Distribuição percentual quanto da melhora dos 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF após início do tratamento, do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.

O tratamento acontece de acordo com o tipo de hipertensão arterial (leve, moderada e grave) e terá sucesso com a adesão do idoso ao tratamento. Quando a hipertensão arterial for leve ou moderada, às vezes, apenas mudanças nos hábitos de vida podem manter sobre controle a pressão arterial; se não o controle da pressão acontecerá com medicamentos anti-hipertensivos associados às mudanças no estilo de vida.

Analisando-se os dados do Gráfico 10, verificou-se que 92,3% dos idosos, relataram que a medicação está sendo tomada de acordo com a orientação médica.

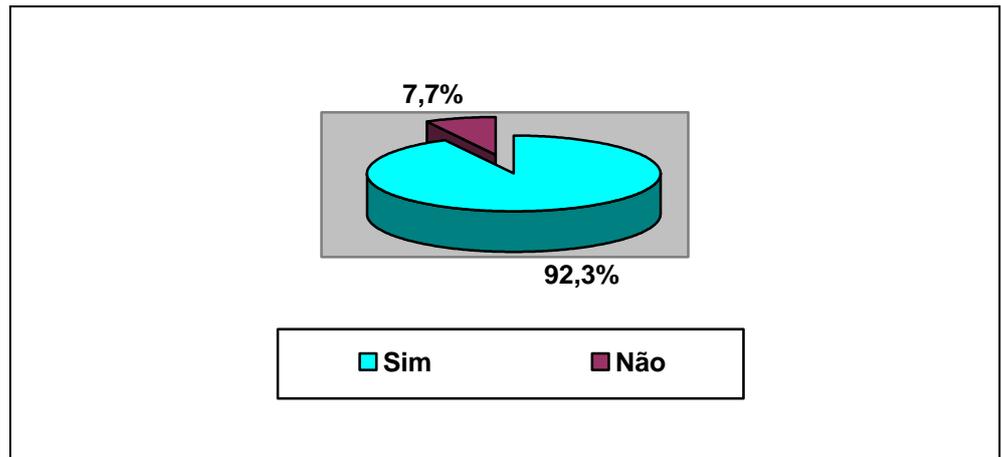


Gráfico 10 - Distribuição percentual sobre se a medicação está sendo tomada pelos 78 idosos hipertensos de acordo com orientação médica do bairro São Miguel, Vargem Grande - MA. 2007.

O trabalho de uma equipe multiprofissional no cuidado da saúde do idoso, é importante na adesão do idoso hipertenso no tratamento e controle com o uso correto da farmacoterapia.

Quanto à prática de atividade física realizada pelos idosos hipertensos, verificou-se que apenas 23,1% responderam praticar alguma atividade física regular. (Gráfico 11)

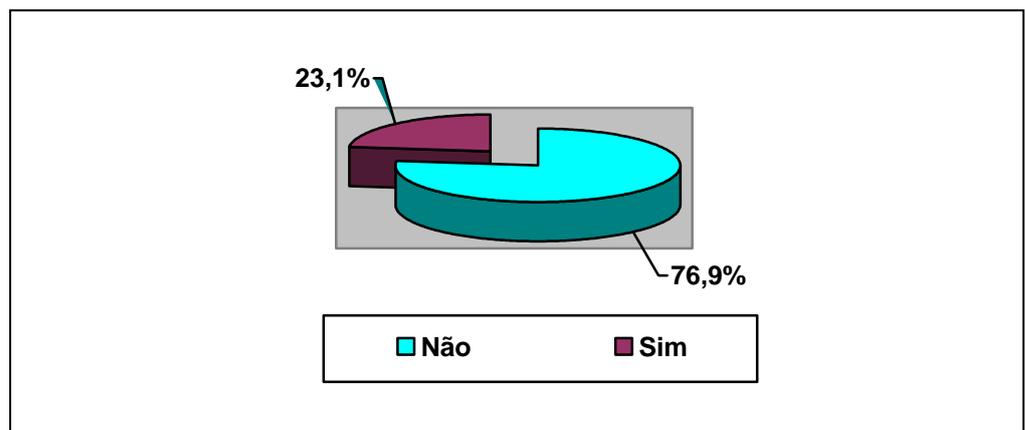


Gráfico 11 - Distribuição percentual segundo a prática de atividade física pelos 78 idosos hipertensos do bairro São Miguel, Vargem Grande - MA. 2007.

De acordo com estudiosos, a atividade física regular orientada por um profissional, tem sido considerada imprescindível para melhorar a função cardiovascular global, melhorando o gasto energético diário.

O Gráfico 12 mostra que 79,5% dos entrevistados disseram praticar alguma atividade da vida diária, tais como: trabalhar na roça, quebrar côco, cuidar de casa, dentre outras, o que significa dizer que as atividades da vida diária ajudam os idosos a se manterem ativos, evitando o sedentarismo, que é fator de risco para a hipertensão arterial.

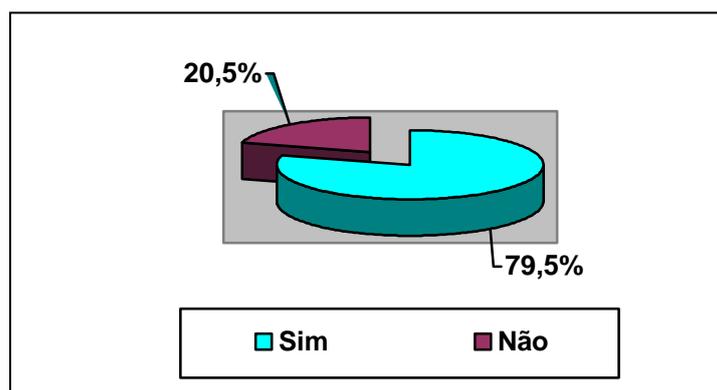


Gráfico 12 - Distribuição percentual segundo a prática de alguma atividade diária pelos 78 idosos hipertensos do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.

Quanto aos hábitos alimentares, 73,1% dos idosos consomem, às vezes, legumes, verduras e frutas. (Gráfico 13)

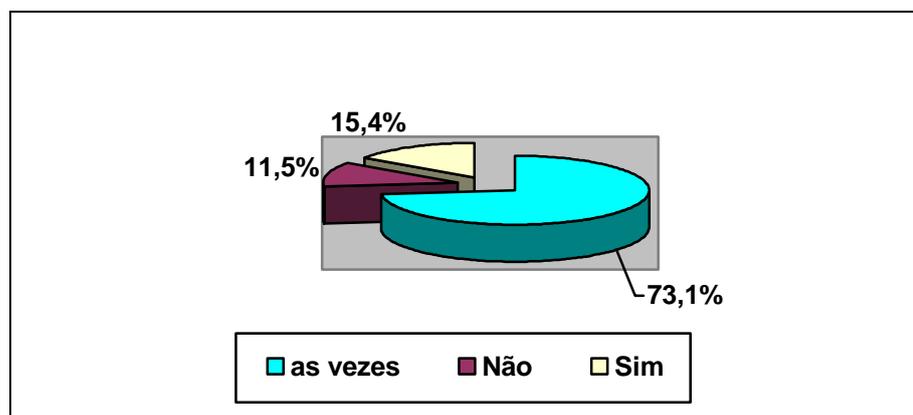


Gráfico 13 - Distribuição percentual segundo a ingestão de verduras, legumes e frutas pelos 78 idosos hipertensos do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.

Isto leva a crer que a prevalência de obesidade nos idosos conforme o que foi visto no Gráfico 5, pode ser consequência do costume alimentar da região, onde se observa o uso excessivo de carboidratos e gorduras. Outro fator que contribui diretamente para o aumento da pressão arterial é a ingestão superior às necessidades diárias de Cloreto de Sódio (sal). O III Consenso de Hipertensão Arterial realizado em 1998, diz que, a ingestão de Cloreto de Sódio (sal) recomendada não apenas para hipertensos, como também, para a população de um modo geral, deve ser em torno de 100mEq/dia (6g de sal = 1 colher de chá).

No que se refere à ingestão de bebida alcoólica, pode-se constatar que, 93,6% dos idosos, não ingerem. (Gráfico 14)

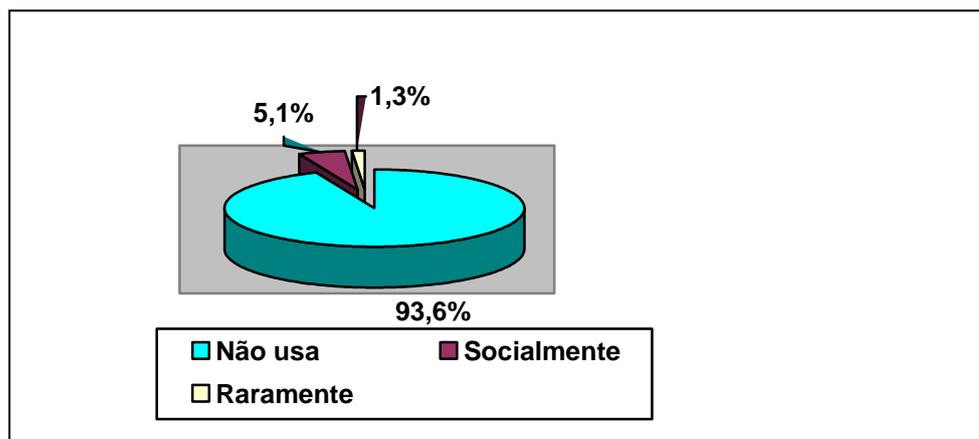


Gráfico 14 - Distribuição percentual segundo o uso de bebida alcoólica pelos 78 idosos hipertensos cadastrado no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande - MA. 2007.

Para os hipertensos, que fazem o uso de bebida alcoólica, recomenda-se que o consumo não ultrapasse a 30ml/etanol/dia (CBHA, 1998). Este limite deve ser reduzido à metade para homens de baixo peso, mulheres, indivíduos com sobrepeso e/ou triglicérides elevados. O consumo diário maior que as quantidades descritas e/ou uma grande quantidade de bebida alcoólica em um único dia, associam-se a risco cardiovascular elevado. Neste caso, a hipertensão arterial dos idosos do bairro São Miguel, não está relacionada diretamente ao uso de bebida alcoólica.

Analisando o hábito de fumar, verifica-se que 12,8% dos idosos fumam e 47,4% já fumaram. (Gráfico 15)

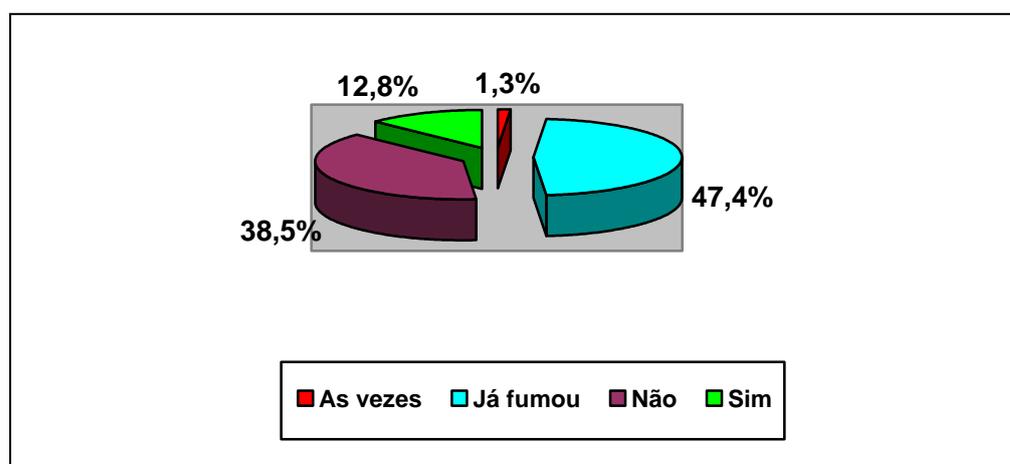


Gráfico 15 - Distribuição percentual segundo o hábito de fumar dos 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande - MA. 2007.

Os idosos hipertensos fumantes têm maior probabilidade de apresentar complicações cardiovasculares e, conseqüentemente, aumentando os riscos de morte. O hábito de fumar

quando associado ao consumo excessivo de café (cafeína), poderá promover uma elevação aguda da pressão arterial, tornando-se um fator agravante para a doença coronariana. Outro fator agravante é a interferência no metabolismo dos lipídios, diminuindo o colesterol HDL e induzindo a resistência ao efeito de drogas anti-hipertensivas. (AMADO; ARRUDA, ).

Fazendo-se referência ao hábito de tomar café, constata-se que 55,1% dos idosos tomam café. (Gráfico 16)

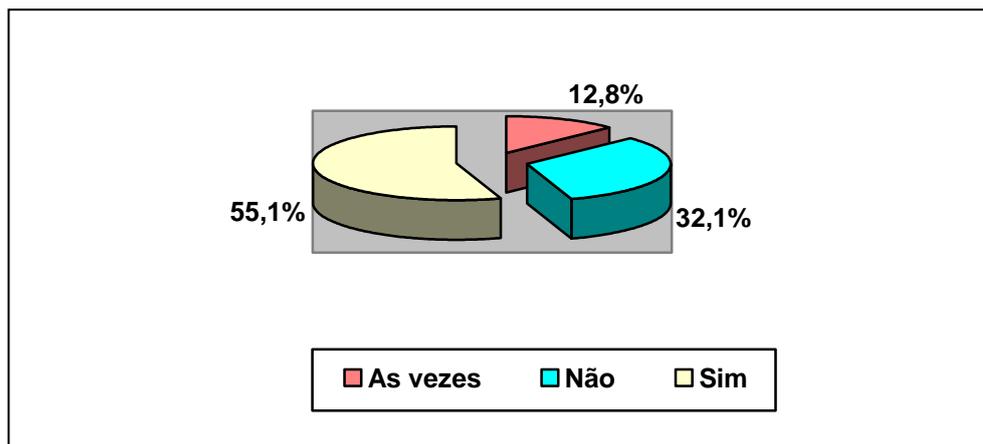


Gráfico 16 - Distribuição percentual segundo o hábito de tomar café dos 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007

Este hábito constitui um fator de risco quando é realizado em demasia, pois a cafeína faz parte do grupo de substâncias vaso-constrictoras, ocasionando a elevação da pressão arterial.

Em se tratando da medicação recebida, 89,7% dos idosos garantiram que a medicação recebida é suficiente para o tratamento. (Gráfico 17)

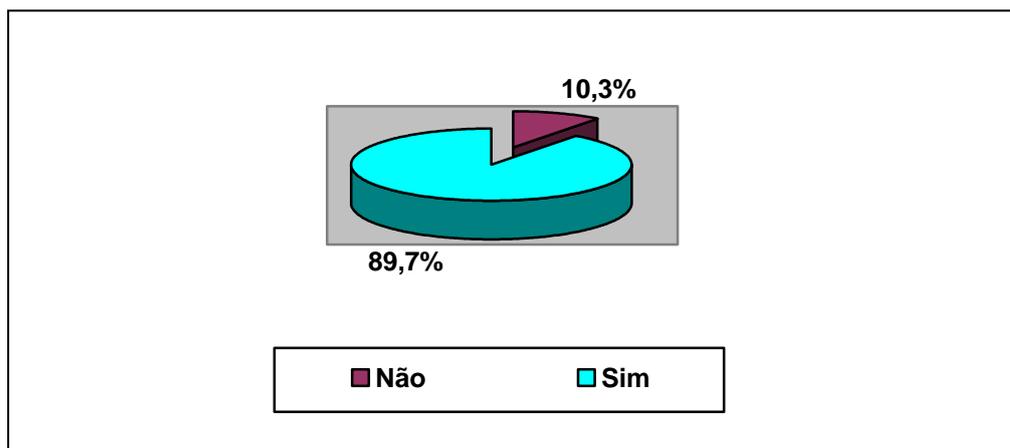


Gráfico 17 - Distribuição percentual sobre se a medicação recebida é suficiente para os 78 idosos hipertensos cadastrados no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.

É importante que os medicamentos usados isoladamente ou associados devam ser utilizados de forma correta, sem interrupção e qualquer alteração de continuidade ou de dose, deve acontecer com orientação médica.

No Gráfico 18, 76,9%, dos idosos estudados disseram que não costumam interromper o tratamento medicamentoso contrariando ordem médica.

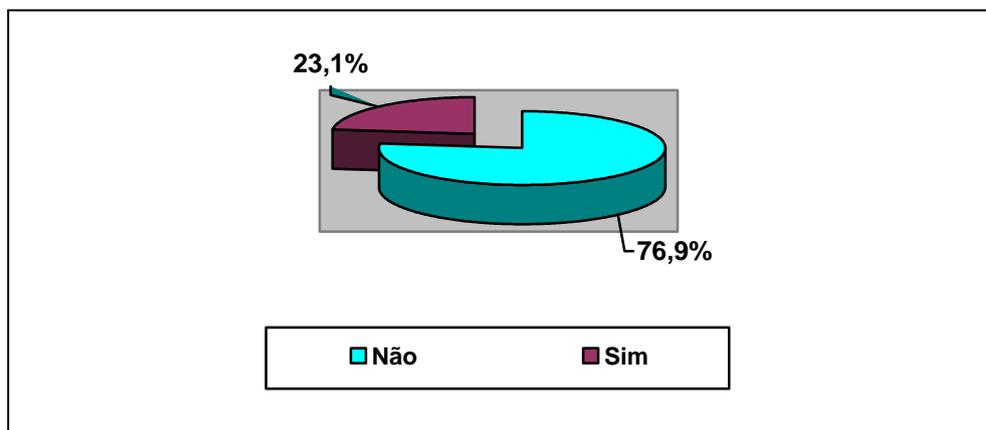


Gráfico 18 - Distribuição percentual sobre o costume dos 78 idosos de interromperem o tratamento medicamentoso sem ordem médica no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.

Este resultado aponta o sucesso da adesão do idoso ao tratamento, que associado a comportamentos saudáveis de vida, serve para ajudar no controle da hipertensão arterial.

Quanto aos motivos que levaram os idosos a interromper o tratamento, 10,3%, declararam-se curados, 51,1% não estavam se dando bem com a medicação e 7,7%, referiram outros motivos. (Gráfico 19)

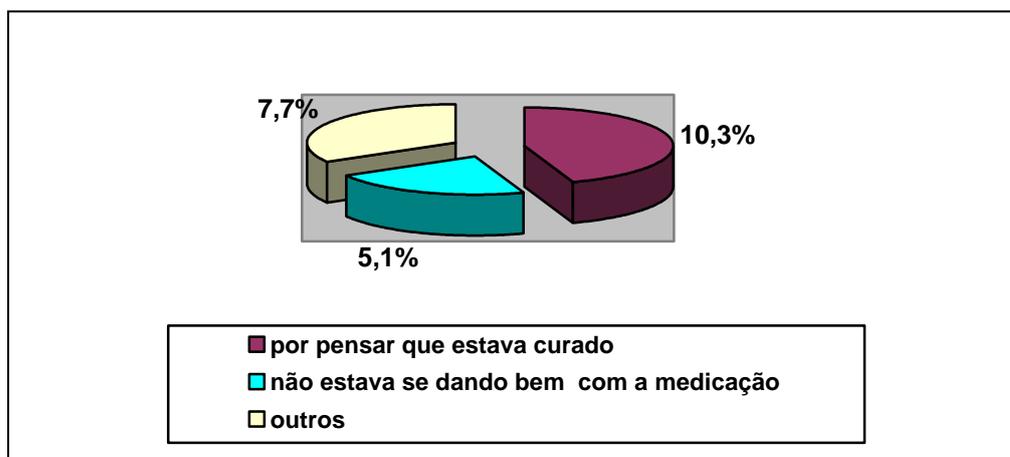


Gráfico 19 - Distribuição percentual sobre os motivos da interrupção do tratamento pelos 78 idosos hipertensos cadastrado no PSF do bairro São Miguel, Vargem Grande – MA. 2007.

Analisando esta questão, acredita-se que deve haver por parte da equipe Programa Saúde na Família, uma ação de busca desses faltosos, e, conscientizá-los da importância do uso contínuo da medicação para o sucesso terapêutico.

Ao avaliarem-se as ações desenvolvidas pelo Programa, constata-se que a maioria dos idosos, mostra-se satisfeito com o atendimento oferecido pela equipe de saúde, durante as consultas ambulatoriais e consultas domiciliares. (Gráfico 20)

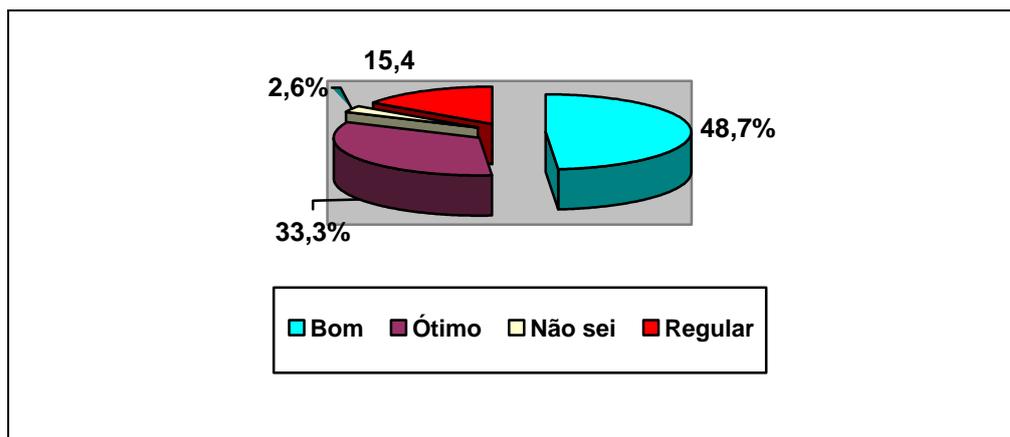


Gráfico 20 - Distribuição percentual sobre a avaliação pelos 78 idosos das ações do PSF no controle da hipertensão arterial, Vargem Grande – MA. 2007.

Sobre a participação dos idosos nas ações desenvolvidas na unidade de saúde, 46,2% (36 idosos) responderam que não participam, 48,7% (38 idosos) disseram que participam e 5,1% (4 idosos) às vezes participam. (Gráfico 21)

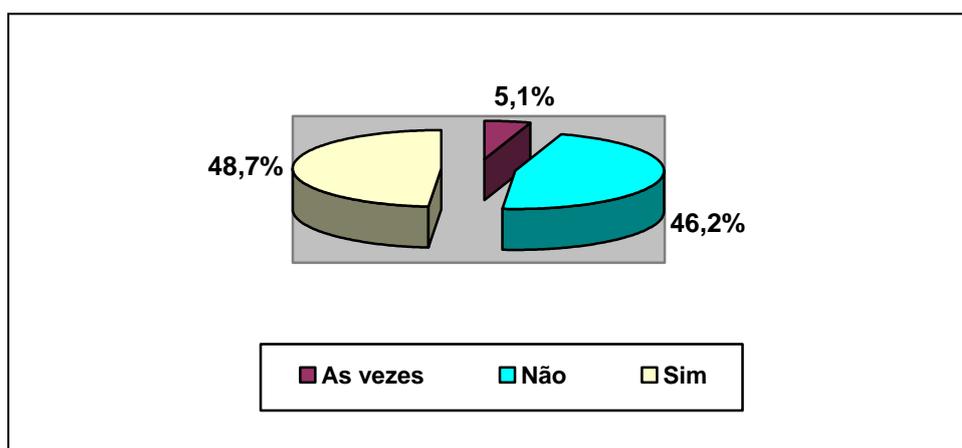


Gráfico 21 - Distribuição percentual sobre a participação dos 78 idosos hipertensos nas ações desenvolvidas pelo programa aos idosos, Vargem Grande – MA. 2007.

Diante do exposto, pode-se perceber que a participação dos idosos acontece mais em nível de consultas ambulatoriais. Isto sinaliza a necessidade de intensificar outras atividades como: palestras educativas, encontros de lazer, atividades físicas e reuniões, com o objetivo de melhorar a relação entre o grupo de idosos e a Equipe Saúde na Família.

## 6 CONCLUSÃO

A pesquisa realizada no bairro São Miguel, em Vargem Grande-MA, objetivando-se conhecer a adesão do idoso no controle da hipertensão arterial no Programa de Saúde da Família, possibilitou concluir que:

- a) A maioria dos entrevistados é do sexo feminino;
- b) Quanto à cor, mais da metade da população é parda;
- c) A maioria reside com companheiros ou cônjuges e filhos e tem renda familiar de até 01 salário mínimo;
- d) A maioria dos idosos desconhece as doenças que os acometem;
- e) Grande parte dos idosos está em tratamento de 01 a 05 anos;
- f) Quase a totalidade dos idosos consulta pelo menos uma vez no mês e encontra facilidade para marcar consulta médica ou de enfermagem;
- g) A maioria declarou sentir melhora a partir do início do tratamento e usa as medicações segundo as orientações médicas;
- h) A maior parte dos idosos não pratica atividades físicas, mas tem atividade diária de trabalhar na roça, quebrar coco e outras;
- i) A maioria da população estudada às vezes consome verduras, legumes e frutas, mas não ingerem bebida alcoólica;
- j) Quase a metade dos idosos hipertensos declara-se ex-fumantes e mais da metade tem o hábito de tomar café;
- k) A medicação recebida tem sido suficiente para a maioria da população estudada;
- l) O tratamento medicamentoso não tem sido interrompido pela maioria dos idosos;
- m) Entre os idosos que abandonaram o tratamento medicamento, 8 declararam que o fizeram por pensarem estar curado;
- n) A maioria dos idosos estudados declara-se satisfeitos com ações do PSF, mas menos da metade está participando das ações desenvolvidas pela equipe.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com os resultados obtidos, considera-se que a adesão do idoso ao Programa de Controle da Hipertensão Arterial é efetiva, destacando-se que as visitas domiciliares, a facilidade nas consultas médicas e de enfermagem, a entrega de medicamentos e as atividades de lazer foram ações que contribuíram para que o Programa de Saúde da Família do Bairro São Miguel avançasse no tratamento e controle da hipertensão arterial.

Ainda se faz necessário, programar ações educativas intensas e constantes que visem conscientizar os idosos a adotarem práticas de promoção de hábitos saudáveis de vida, prevenindo complicações da pressão alta.

É importante a existência na Equipe de Saúde da Família de profissionais como: psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, geriatras e outros, nos cuidados à saúde do idoso, já que várias abordagens diferenciadas proporcionarão um atendimento de melhor qualidade.

Sabe-se que categorias ou temas identificados não se esgotam neste estudo. Também não é esta nossa pretensão, uma vez que esse trabalho deixa claro que o conhecimento é sempre inacabado e estará sempre aberto para novas considerações.

## REFERÊNCIAS

AMADO, Tânia Campos Fell; ARRUDA, Ilma Kruze Grande de. **Hipertensão arterial no idoso e fator de risco associado**. Disponível em:

[http://www.asman.org.br/arquivos/asman\\_artigos60....](http://www.asman.org.br/arquivos/asman_artigos60....) Acesso em: 16 set.2007.

BARRETO-FILHO, José Augusto Soares; CONSOLIM-COLOMBO, Fernanda Marciano; LOPES, Heno Ferreira. Hipertensão arterial e obesidade: causa secundária ou sinais independentes da síndrome plurimetabólica?. **Rev. Bras Hipertens**, Ribeirão Preto, SP, v. 9, n. 2, p. 174-184, abr./jun. 2002.

CARVALHO, Fernanda; TELAEOLLI JUNIOR, Rodolpho; MACHADO, José Cândido Monteiro da Silva. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jul./set. 1998. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_Acesso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_Acesso) em: 17 out. 2007.

CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 3., 1998, Campos do Jordão, SP. 1998.

COSTA, Elisa Maria Amorim; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro, RJ: Rubio, 2004.

FAJARDO, Carolina. A importância da abordagem não farmacológica da hipertensão arterial da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras Med Fam e Com**, Rio de Janeiro, v.1, n. 4. jan./mar. 2006.

GAMA, Mônica Elinor Alves; SIMÕES, Vanda Maria Ferreira; SALDANHA, Ana Cristina Rodrigues (org.). **Normas operacionais de regulamentação da saúde**. São Luís, MA: LABORO, 2005.

\_\_\_\_\_. TONIAL, Sueli Rosina. \_\_\_\_\_. **Políticas de saúde e introdução a estratégia de saúde da família**. São Luís, MA: LABORO, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula et al. **A construção do SUS: a história da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 296 p.

FISHER, Naomi D. L.; WILLIAMS, Gordon H. Doença vascular hipertensiva. In: HARRISON, Tinsley R. **Medicina interna**. 16. ed. Rio de Janeiro: McGrawHill internacional do Brasil, 2006.

GOMES, Lucy; LOURES, Marta. Envelhecimento populacional no mundo e no Brasil. **JBM**, São Paulo, v. 87, n. 2, p.78. 2004.

HADDAD, Nagib. **Metodologia de estudos em Ciências da Saúde: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico**. São Paulo, SP: Roca, 2004.

HARRISON, Tinsley R. et. al. **Medicina interna**. 16. ed. Rio de Janeiro, RJ: McGraw-Hill, 2006. v. 1.

LYRA JÚNIOR, Divaldo Pereira de et al. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Rio Preto, v. 14, n. 3, maio./jun. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid). Acesso em: 12 set. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem**: caderno do aluno. 2. ed. Brasília, DF, 2002. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, jan./mar. 2003. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 19 jan. 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel de indicadores do SUS**, Rio de Janeiro, RJ, ano 15, n.1, out. 2006.

OLIVEIRA, Pêrsio Santos de. **Introdução à sociologia**. São Paulo, SP: Ática, 2005. (Série Brasil).

OPARIL, Suzanne. Hipertensão arterial. In: WINGAARDEN, James B.; SMITH JR., Lloyd H. **Tratado de medicina interna**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990. cap. 47: 248-264. v. 1.

RONE, John W. Envelhecimento e medicina geriátrica. In: WINGAARDEN, James B.; SMITH JR., Lloyd H. **Tratado de medicina interna**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990. cap. 7:18-29. v. 1.

SGAMBATTI, Marília Simon; PIERIN, Angela M.G.; MION JR., Décio. A medida da pressão arterial no idoso. **Rev Bras Hipertens**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 65-87, jan./mar. 2000.

SILVA, Flávia Montenegro Libonati da; NEVES, Sílvia Regina Pereira Castro; SILVA, Márcia de M.M. Libonati da. Processo de envelhecimento e suas alterações nos diversos sistemas orgânicos. **JBM**, v. 88, n. 4, p. 34-40, abr. 2005.

SILVA, Flávia Montenegro Libonati da; SILVA, Márcia de M.M. Libonati da. A obesidade na sociedade moderna. **JBM**, v. 87, n. 2, p. 38-42, abr. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **Diretrizes brasileiras de Hipertensão Arterial**. SP: SBH, 2002.

THE JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE. The sixth report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. **Arch Intern Med**, v. 157, p. 2413-46. 1997.

VERAS, Renato Peixoto. Considerações acerca de um jovem país que envelhece. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 382-397, out./dez. 1987.

\_\_\_\_\_. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p.225-233, jun. 1987.

ZAITUNE, Maria Paula do Amaral et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 285-294, fev. 2006.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

LABORO-EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

### QUESTIONÁRIO

#### I DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME:

ENDEREÇO:

NASCIMENTO:                    /        /                    SEXO: MASC ( ) FEM ( )

COR: BRANCA ( )                    PARDA ( )                    NEGRA ( )

#### II DADOS RELATIVOS À SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA E FAMILIAR

COM QUEM MORA:

CÔNJUGE ( ) COMPANHEIRO ( ) FILHOS ( ) PARENTES ( ) OUTROS ( )

RENDA FAMILIAR:

ATÉ 01 SALÁRIO MÍNIMO ( )                    DE 01 ATÉ 03 SALÁRIOS MÍNIMOS ( )

MAIS DE 03 SALÁRIOS MÍNIMOS ( ) NÃO POSSUI RENDA ( )

#### III ANTECEDENTES CLÍNICOS

DOENÇAS ATUAIS:

DIABETES ( ) A.V.C. ( ) OSTEOPOROSE ( ) OBESIDADE ( )

DOENÇAS CÁRDIO-VASCULARES ( ) OSTEOARTROSE ( ) OUTRAS ( )

#### IV DADOS RELATIVOS AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

TEMPO DE TRATAMENTO:

FREQUÊNCIA NA CONSULTA MÉDICA OU DE ENFERMAGEM:

01 VEZ AO MÊS ( )                    02 VEZES AO MÊS ( )

01 VEZ A CADA 06 MESES ( ) 01 VEZ AO ANO ( )

FACILIDADE PARA CONSULTA MÉDICA OU DE ENFERMAGEM:

SIM ( ) NÃO ( ) ÀS VEZES ( )

SENTE-SE MELHOR APÓS O INÍCIO DO TRATAMENTO:

SIM ( ) NÃO ( )

A MEDICAÇÃO ESTÁ SENDO TOMADA DE ACORDO COM ORIENTAÇÃO MÉDICA:

SIM ( ) NÃO ( )

ALÉM DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO, VOCÊ TEM ADOTADO HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEL, COMO:

FAZ ATIVIDADE FÍSICA: SIM ( ) NÃO ( )

FAZ ALGUMA ATIVIDADE DA VIDA DIÁRIA: SIM ( ) NÃO ( )

ALIMENTA-SE COM FREQUÊNCIA DE VERDURAS, LEGUMES E FRUTAS:

SIM ( ) NÃO ( ) ÀS VEZES ( )

USA BEBIDA ALCOÓLICA:

DIARIAMENTE ( ) SOCIALMENTE (EVENTOS SOCIAIS) ( )

RARAMENTE ( ) NÃO USA ( )

TEM HÁBITO DE FUMAR:

SIM ( ) NÃO ( ) ÀS VEZES ( ) JÁ FUMOU ( )

TEM HÁBITO DE TOMAR CAFÉ:

SIM ( ) NÃO ( ) ÀS VEZES ( )

A MEDICAÇÃO RECEBIDA É SUFICIENTE PARA O TRATAMENTO:

SIM ( ) NÃO ( )

COSTUMA INTERROMPER O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO SEM ORDEM MÉDICA: SIM ( ) NÃO ( )

QUE MOTIVOS O LEVARAM A INTERROMPER O TRATAMENTO:

POR PENSAR QUE ESTAVA CURADO ( ) NÃO ESTAVA SE DANDO BEM

COM A MEDICAÇÃO ( ) NÃO SE RELACIONAVA BEM COM OS

PROFISSIONAIS DO POSTO DE SAÚDE ( ) OUTROS ( )

#### **V PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

COMO AVALIA AS AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTROLE DE SUA HIPERTENSÃO ARTERIAL:

REGULAR ( ) BOM ( ) ÓTIMO ( ) NÃO SEI ( )

PARTICIPA DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO PROGRAMA AOS IDOSOS:

SIM ( )                      NÃO ( )                      ÀS VEZES( )

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO-EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Comitê de Ética em Pesquisa – HUUFMA

Rua Barão de Itapary, 227 – 4º andar, Centro.

Tel. (98) 2109-1223

Orientadora: Profa. Maria Zali Borges Sousa San Lucas

End. Rua dos Magistrados, 17 – Olho D'água.

São Luís - MA Cep. 65065-240

Fone: (98) 3226-2195

e-mail: [zali\\_sousa@yahoo.com.br](mailto:zali_sousa@yahoo.com.br)

Pesquisadores: Antonio Borba Lima; Aurelice Gomes Fonseca Lima e Silvana Lopes Gaspar Lima.

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo-assinado, declaro, após ter sido esclarecido e entender as explicações que foram dadas pelo pesquisador responsável, que concordo em participar da pesquisa que irá avaliar a contribuição do Programa Saúde da Família na Adesão dos Idosos no Controle da Hipertensão Arterial no Bairro São Miguel – Vargem Grande/Ma, a partir de informações coletadas em questionário específico, não havendo risco ou desconforto a mim. Está garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa. Fui esclarecido (a) ainda, que, tenho liberdade de recusar a participar ou retirar esse consentimento sem penalidade ou prejuízo ao meu cuidado, tendo garantia de sigilo, o que assegura a privacidade das informações prestadas. Não haverá nenhum custo decorrente da minha participação na pesquisa.

São Luís,    /    /

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pesquisador responsável

Participante

ANEXO

## ANEXO A – Parecer Consustanciado