

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ -
FACENE**

SÂMIA MACIEL COSTA

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: uma avaliação da condição de
saúde dos idosos acompanhados no programa HIPERDIA na Estratégia Saúde
da Família

MOSSORÓ

2011

SÂMIA MACIEL COSTA

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: uma avaliação da condição de saúde dos idosos acompanhados no programa HIPERDIA na Estratégia Saúde da Família

Monografia apresentada à banca examinadora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE-RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^a. M. Sc. Jussara Vilar Formiga

MOSSORÓ

2011

SÂMIA MACIEL COSTA

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: uma avaliação da condição de saúde dos idosos acompanhados no programa HIPERDIA na Estratégia Saúde da Família.

Monografia apresentada pela aluna SÂMIA MACIEL COSTA, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da FACENE-RN, tendo obtido conceito, _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: _____ / _____ / _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. M. Sc. Jussara Vilar Formiga (FACENE-RN) (Orientadora)

Prof. Esp. Lúcido Clebeson de Oliveira (FACENE-RN) (Membro)

Prof. Esp. Eumendes Fernandes Carlos (FACENE-RN) (Membro)

A minha mãe, Soraia Maciel, que
sempre me permitiu sonhar;

Ao meu esposo, David Morais, e
meu irmão, Hailton Filho, que
possibilitaram que esses sonhos
tornassem realidade.

AGRADECIMENTOS

A meu **Deus** todo poderoso, que sempre me carrega nos braços por todo meu caminho;

De maneira especial a minha maravilhosa, admirável e extraordinária orientadora e amiga **Jussara Vilar Formiga** pela paciência, dedicação, compreensão e, sobretudo pelas fabulosas orientações que possibilitou o bom desenvolvimento desta pesquisa;

A minha querida mãe, **Soraia Maciel**, a razão da minha existência, inspiração para meu caráter e determinação, que sempre me apoiou, incentivou e possibilitou oportunidades apesar de todas as dificuldades que enfrentamos juntas;

Ao meu esposo, **David Moraes**, que em todos os momentos me deu seu apoio e incentivo mostrando-se compreensivo, companheiro, amigo, tolerante e, que se tornou, assim como minha mãe, minha inspiração e motivação para vencer todos os obstáculos que enfrentei ao longo da minha vida acadêmica;

Ao meu irmão, **Hailton Avelino**, pelo seu apoio e sua força;

Aos meus demais familiares que me deram força, apoio e conselho, em especial a meu tio, **Sandro Maciel**, que me possibilitou grandes oportunidades. As minhas avós, **Maria Neuza e Raimunda Lucas**, que me acolheram em suas casas e colaboraram para construção desse sonho. E, ainda, a minha tia, **Joana Maciel**, por tudo que fez;

A minha amiga, **Jacqueline Felix**, pela paciência com meu jeito de ser, pela cumplicidade em todos os momentos, pela cooperação e contribuição na construção desse estudo, pela sua amizade, que aliás, foi uma das conquistas durante esses 4 anos que mais valeu a pena, e que quero levar por toda minha vida;

Aos membros da banca, **Lúcido Clebeson e Eumendes Fernandes**, pelo tempo disponibilizado e pela gentileza da aceitação em contribuir com seus conhecimentos;

A todos os professores, pelos ensinamentos e conselhos, em especial, a professora **Joseline Pereira**, que sempre fez a diferença, pois a base de todas as minhas conquistas são os professores;

A todos os profissionais dos campos de estágio, por onde passei nesses últimos 4 anos. Em especial à **Christine Noronha**, que sempre será referência para minha carreira profissional;

Aos profissionais da Equipe Saúde da Família do CAIC - Carnaubal, pela colaboração para a realização desse estudo;

Às minhas amigas de turma, em especial, **Samara Karla, Aurice Maria e Daiane Priscila**, pela força, conselhos e cumplicidade;

Aos funcionários da Facene-RN, pela paciência e colaboração para realização desse trabalho;

A todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para realização desse trabalho.



Fonte: <http://sitedepoesias.com/poesias/33348>

A metáfora mais bonita que conheço para a velhice é o crepúsculo, o pôr-do-sol. O crepúsculo é lindo. Faz pensar. No crepúsculo tomamos consciência da rapidez do tempo. As cores rapidamente passam do azul para o verde, para o amarelo, para a abóbora, para o vermelho, para o roxo, para o negro... No crepúsculo sentimos o tempo fluir rapidamente. Por isso muitas pessoas têm medo dele.

RUBENS ALVES

RESUMO

A saúde no Brasil passou por grandes transformações ao longo dos tempos, objetivando uma melhor qualidade de vida para população. O aumento da expectativa de vida é reflexo dessas mudanças. A Constituição Federal de 1988 consolidou todas as discussões a respeito das mudanças indispensáveis para a melhoria da assistência à saúde. A Estratégia Saúde da Família, consolidada nessas transformações, veio com o propósito de promover a extensão da cobertura da assistência à saúde de toda a população. O envelhecimento é considerado um processo natural do indivíduo, relacionado com o tempo, que ocasiona modificações em todo organismo, podendo surgir múltiplas patologias, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a mais frequente e associada ao aparecimento de co-morbidades que acabam por sujeitar uma demanda elevada por fármacos. Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde da Família (CAIC-CARNAUBAL), localizada à Rua Sousa Leão, s/n, Bairro Belo Horizonte, Mossoró/RN. O estudo teve como objetivo geral avaliar as condições de saúde de idosos hipertensos acompanhados no programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) na Estratégia Saúde da Família e como específicos: caracterizar a situação socioeconômica dos idosos entrevistados; verificar as condições de saúde dos idosos em relação a ocorrência de queda, internação e co-morbidade; verificar as condições de hábitos de vida dos idosos em relação ao fumo, bebida, atividade física e alimentação saudável; identificar o conhecimento dos idosos sobre a posologia de medicação de uso diário. Os dados foram coletados nos meses de fevereiro e março do corrente ano levando em consideração a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, também o que rege o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, na Resolução 311/2007, garantindo o sigilo das informações coletadas, bem como anonimato da identidade dos sujeitos da pesquisa. Os resultados encontrados permitiram considerar que a amostra era predominantemente (38%) de faixa etária de 71 a 84 anos, (71%) do sexo feminino, (43%) sobrepeso, (67%) sedentários, (58%) com até 4 anos de estudo, (52%) apresentavam co-morbidades, (50%) usando 1 a 2 fármacos diários, e (54%) com dificuldades para o uso dessas medicações, apontando para a presença de um sujeito dependente, que conhece os fármacos pelas embalagens, pela cor e pelo tamanho, forjando assim uma falsa independência (84% diz sentir-se capaz da auto-administração) e, no entanto, sente necessidade de ajuda para lembrar os horários dos medicamentos. Ao término de todas essas descobertas, afirmamos que nossa hipótese de que grande parte dos idosos realizava o uso de fármacos prescritos no programa HIPERDIA de forma incorreta foi confirmada. Consideramos ainda que a amostra constituiu-se de um grupo etário sensível a múltiplas patologias devido ao envelhecimento do corpo humano e a exposição aos fatores de risco como sedentarismo (67%) e obesidade (43%) e acreditamos ser notória a necessidade de uma melhor assistência por parte da equipe multiprofissional, bem como que este trabalho de algum modo possa embasar mudanças nas práticas das Equipes Saúde da Família.

Palavras-chave: Hipertensão; Envelhecimento; Medicamento.

ABSTRACT

Health in Brazil has undergone major transformations over time, for a better quality of life for people. Increased life expectancy reflects these changes. The Constitution of 1988 consolidated all the discussions about the changes needed to improve health care. The Family Health Strategy, consolidated these changes came with the purpose of promoting the extension of coverage of healthcare for the entire population. Aging is considered a natural process of the individual, related to time, which causes changes in organisms, which can appear multiple pathologies, and Arterial Hypertension (HBP) the most frequent and associated with the presence of comorbidities that ultimately subject a high demand for drugs. This is an exploratory study based on a quantitative approach. The survey was conducted in the Basic Family Health Unit (CAIC-CARNAUBAL), located at Sousa Leão Street, Belo Horizonte District, Mossoró, RN. The study aimed to assess the health conditions of elderly hypertensive patients followed at the Hypertension and Diabetes Program (HIPERDIA) in the Family Health Strategy and specific as to characterize the socioeconomic status of elderly respondents; check the health of the elderly for the occurrence of falls, hospitalization, and comorbidity; check the conditions of life habits of the elderly in relation to smoking, drinking, physical activity and healthy eating; identify the knowledge of the elderly on the dosage daily use of medication. Data were collected during February and March of this year considering the resolution 196/96 of the National Health Council which deals with research involving humans, also what governs the Code of Ethics of Professional Nursing, in Resolution 311/2007, ensuring the confidentiality of information collected, as well as anonymity of the identity of research subjects. The results allowed to consider that the sample was predominantly (38%) from age 71 to 84 years old, (71%) female, (43%) overweight, (67%) sedentary (58%) with up to 4 years of study, (52%) with comorbidities, (50%) using 1-2 medicines daily, and (54%) with difficulties in using these medications, pointing to the presence of a dependent subject, knows that the drugs for packaging, by color and size, thus forging a false independence (84% said he feels capable of self-administration), and yet, it feels need help remembering the times of medication. At the end of all these findings, we affirm that our hypothesis that many elderly people performed the incorrectly use of prescribed drugs at the HIPERDIA confirmed. We also believe that the sample consisted of an age group susceptible to many diseases due to aging of the human body and exposure to risk factors such as physical inactivity (67%) and obesity (43%) and believe it is evident the need for better care by the multidisciplinary team, and that this work somehow able to base changes in the practice of Family Health Teams.

Keywords: Hypertension; Aging; Medicines.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Caracterização Da Amostra Segundo Idade	37
Gráfico 2: Caracterização Da Amostra Segundo Sexo	38
Gráfico 3: Caracterização Da Amostra Segundo Aposentadoria	39
Gráfico 4: Caracterização Da Amostra Segundo Renda Per Capita	40
Gráfico 5: Caracterização Da Amostra Segundo Nível De Escolaridade	40
Gráfico 6: Caracterização Da Amostra Segundo Estado Civil	41
Gráfico 7: Caracterização Da Amostra Segundo Raça	42
Gráfico 8: Distribuição Da Amostra Segundo Os Participantes Que Possuem Caderneta De Saúde Do Idoso	42
Gráfico 9: Distribuição da amostra segundo as informações preenchidas na caderneta de saúde do idoso	43
Gráfico 10: Distribuição da amostra segundo entendimento do idoso acerca das medicações e posologia em uso	44
Gráfico 11: Distribuição da amostra segundo quantidade de medicamento utilizado diariamente	45
Gráfico 12: Distribuição da amostra segundo tempo de uso dessas medicações	46
Gráfico 13: Distribuição da amostra segundo IMC	47
Gráfico 14: Distribuição da amostra segundo ocorrência de quedas no último ano	48
Gráfico 15: Distribuição Da Amostra Segundo Internação No Último Ano	48
Gráfico 16: Distribuição Da Amostra Segundo A Existência De Co-Morbidade	49
Gráfico 17: Distribuição Da Amostra Segundo Co-Morbidade Mais Frequentes	50
Gráfico 18: Distribuição Da Amostra Segundo Espaço De Tempo De Visitas Domiciliares Dos Membros Da ESF	51
Gráfico 19: Distribuição Da Amostra Segundo Hábito De Fumar	52
Gráfico 20: Distribuição Da Amostra Segundo Uso De Bebida Alcoólica	52
Gráfico 21: Distribuição Da Amostra Segundo Sedentarismo	53
Gráfico 22: Distribuição Da Amostra Segundo Prática De Alimentação Saudável	54
Gráfico 23: Distribuição Da Amostra Segundo Idosos Que Moram Sozinhos	55

Gráfico 24: Distribuição Da Amostra Segundo Participação Em Grupos De Convivência.....	55
Gráfico 25: Distribuição Da Amostra Segundo Capacidade Para Auto Administração De Medicamentos	56
Gráfico 26: Distribuição Da Amostra Segundo Se Auxilio Para Uso Da Medicação.....	57

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	17
3.2 POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	20
3.3 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	21
3.4 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO IDOSO	22
3.4.1 Definição e características definidoras	22
3.4.2 Fatores de Riscos	24
3.4.3 Diagnóstico	24
3.4.4 Tratamento	26
3.5 SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL	28
3.6 ENVELHECIMENTO E MEDICAMENTOS	30
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	33
4.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	33
4.2 LOCAL DA PESQUISA	33
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	34
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	34
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	34
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	35
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	35
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	37
5.1 DADOS REFERENTES À CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	37
5.2 DADOS REFERENTES À CADERNETA DE SAÚDE DO IDOSO	42
5.3 DADOS REFERENTES AO USO DE FÁRMACOS	44
5.4 DADOS REFERENTES ÀS CONDIÇÕES ATUAIS DE SAÚDE	47
5.5 DADOS REFERENTES À DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO HÁBITOS DE VIDA	51
5.6 DADOS REFERENTES À DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL	54

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES	67
ANEXO	78

1 INTRODUÇÃO

A história da saúde no Brasil passou por grandes transformações, objetivando melhorias para a qualidade de vida da população. Inicialmente não existia uma sistematização da saúde, apenas uma atuação casual em situações de epidemias. O interesse era não deixar a economia se prejudicar pelas epidemias que acometiam os trabalhadores dos portos. Até então as práticas de saúde eram disponibilizadas para aqueles que fizessem parte das rotas comerciais (OHARA, SAITO, 2008).

Essa situação começou a mudar com o Movimento Sanitário, na década de 70, seguido pela sua concretização com a Reforma Sanitária na década de 80 e da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986, onde os populares questionaram o direito da saúde para todos (FONTINELE JUNIOR, 2008).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 veio para consolidar todas as discussões a respeito das mudanças indispensáveis para melhoria da assistência à saúde no Brasil. No seu conteúdo determinou a “saúde como direito de todos e dever do estado” (BRASIL, 1988, p. 117).

Para efetivar essas mudanças previstas pela Constituição Federal 1988, originou-se em 1994 a Política Nacional do Idoso (PNI), que dispõe as determinações acerca dos direitos das pessoas maiores de 60 anos. Para fortalecer a PNI, no ano de 2003 foi criada a lei nº 10.741/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e de outras providências (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003).

Tantas transformações ao longo dos tempos têm conseguido cumprir com os objetivos descritos anteriormente por Ohara e Saito (2008). Essas afirmações tornam-se incontestáveis quando observamos a expectativa de vida, que tem aumentado imensamente. Segundo Smeltzer e Bare (2009), no ano de 1900 a expectativa de vida era em média de 47 anos, porém em 2001, ocorreu um aumento para 77 anos.

(...) O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que se estima para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil, estima-se que

existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos (...) (BRASIL, 2006a, p. 08).

O envelhecimento é fato, Freitas et al. (2006), o define como um processo sequencial, natural, irreversível e individual, relacionado com o tempo, que ocasiona modificações fisiológicas, bioquímicas e psicológicas no organismo, que perdura por toda a vida do indivíduo. Esse processo é acompanhado pelo aparecimento de doenças diversas, sendo as doenças cardiovasculares uma das mais frequentes. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais comum das doenças cardiovasculares, apresentado o Brasil cerca de 17 milhões de portadores (BRASIL, 2006b).

A HAS é uma doença que se caracteriza pela elevação da pressão arterial (PA) sistólica acima de 140 mmHg e a diastólica superior a 90 mmHg, isso é decorrente do aumento da resistência vascular periférica, do débito cardíaco (DC) ou da combinação de ambos. Para o diagnóstico é importante que os profissionais trabalhem toda a história de saúde do paciente associado com aferições regular da PA e ainda complementar com análise laboratorial. Para tratar essa síndrome, o profissional disponibiliza do tratamento não-farmacológico e farmacológico que tem como objetivo prevenir complicações a partir do controle da PA, e ainda reduzir a morbimortalidade cardiovascular do paciente hipertenso (PORTO, 2005; BRUM, 2005; BRASIL, 2006b).

Assim como a HAS, várias são as patologias que acometem os indivíduos idosos, e isso acaba por sujeitar esse grupo etário a uma demanda aumentada por produtos farmacêuticos, ao ponto de ser considerado para estudiosos o indivíduo que consome a maior quantidade de medicamentos (BORGES; COIMBRA, [2009?]).

Ainda para os mesmos autores, a média de consumo simultâneo e contínuo de fármacos no Brasil gira em torno de dois a cinco princípios ativos. Esse número é alarmante se levarmos em consideração o fato de quanto maior o número de fármacos ingeridos, maiores são os riscos de interações medicamentosas. Além disso, fatores diversos do cotidiano do idoso podem promover o uso incorreto dos fármacos e possibilitar problemas ao longo do tratamento.

Durante a vida acadêmica, nas atividades práticas foi possível perceber que muitos idosos fazem algum tipo de tratamento farmacológico, sendo mais

frequente a terapêutica da HAS, foi observado ainda que parte dos idosos relataram alguma dificuldade no que se refere ao uso de fármacos.

Dessa forma, trazemos para este trabalho monográfico a hipótese de que grande parte dos idosos realiza o uso de fármacos prescritos no programa HIPERDIA, de forma incorreta.

Partindo do suposto acima relatado, motivou-se o interesse para compreender e buscar a resolução do seguinte problema de pesquisa: Será que os idosos acompanhados pelas Equipes Saúde da Família em Mossoró/RN estão realizando o uso correto dos fármacos prescritos no programa HIPERDIA?

Na atenção à Terceira Idade, acreditamos que trabalhar problemas relacionados aos idosos e a forma como estes utilizam seus medicamentos pode contribuir para um estabelecimento de padrões de alerta na assistência à saúde desse grupo, para que uma utilização correta dos fármacos traga realmente benefícios (BORGES; COIMBRA, [2009?]).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as condições de saúde de idosos hipertensos acompanhados no programa HIPERDIA na Estratégia Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação socioeconômica dos idosos entrevistados;
- Verificar as condições de saúde dos idosos em relação à ocorrência de queda, internação e co-morbidade;
- Verificar as condições de hábitos de vida dos idosos em relação ao fumo, bebida, atividade física e alimentação saudável;
- Identificar o conhecimento dos idosos sobre a posologia de medicação de uso diário.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A saúde brasileira passou por grandes transformações ao longo da história, buscando aprimorar-se e organizar-se de modo que proporcionasse uma melhor qualidade de vida à sua população (OHARA; SAITO, 2008).

Para Fontinele Júnior (2008) até o final do século XX o Brasil não apresentava uma sistematização na saúde para atuar sobre a população; apenas, casualmente, atuava em situações de epidemias. Até então as primeiras iniciativas no campo da saúde partiam de interesses meramente mercantis e o foco da atenção do governo estava essencialmente ligado à economia. As estratégias de saúde situavam-se taticamente nas rotas de mercadorias (corredores, portos e estradas), e as regiões fora dos interesses mercantis ficavam sem nenhuma prática sanitária.

Ainda para o mesmo autor, no início do século XX o governo começou a mostrar preocupação com as condições de vida e saúde da população, principalmente os trabalhadores dos portos. O foco principal seria então não deixar a economia se prejudicar pelas epidemias que acometiam os trabalhadores.

Na década de 20, a Diretoria Geral de Saúde Pública, com o objetivo de criar um novo sistema de saúde, formou a primeira medida concreta em nível nacional: implantou instituições públicas de higiene e saúde com a intenção de combater epidemias (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

Além das campanhas sanitárias, surgiram nesta época outros movimentos que contribuíram para construção de um novo sistema de saúde. Em 1923 foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que tinham como objetivo garantir assistência médica aos trabalhadores e, após alguns anos, a aposentadoria; de 1933 a 1938 as CAPs consideradas poucas e ineficientes, foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAPs). Em 1966 o Ministério da Saúde decidiu unificar as IAPs e criar o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que era responsável pelas aposentadorias, pensões e assistência à saúde dos trabalhadores e familiares (OHARA; SAITO, 2008).

Dessa forma, Fontinele Júnior (2008) também nos informa que até então o direito à saúde era restrito aos contribuintes da previdência. O exercício do direito à saúde estava mais para exclusão dos não-contribuintes do que para o exercício da cidadania. Conexos com essa visão, por tempos o único objetivo das políticas nesses períodos praticadas eram apenas proporcionar a recuperação da força de trabalho para produção de capital onde a saúde era dominada por cunho assistencialista e curativo.

Essa dramática situação da saúde ocasionou a indignação de setores da sociedade e deu origem a um movimento que teve desempenho marcante no rumo do sistema de saúde brasileira, o Movimento Sanitário que surgiu em meados dos anos 70 e tinha como proposta alternativas democráticas para assistência à saúde de toda a população (COHN; ELIAS, 2005).

A luta do Movimento Sanitário na década de 70 culminou com a Reforma Sanitária na década de 80 que teve como marco principal a participação de cerca de 5 mil populares na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, para debater sobre a situação da saúde no Brasil. O relatório final desta Conferência serviu de base para a reorganização do sistema de saúde a ser discutido na nova Constituição Brasileira 1988 (BRASIL, 2007).

As mudanças propostas no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram concretizadas com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme sua aprovação pela Constituição Federal Brasileira de 1988 que define a saúde como “um direito de todos e dever do Estado” e determina um sistema de saúde universal e integralizado (OHARA; SAITO, 2008).

Nessa sequência de transformações ocorridas em 1990 foram promulgadas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS): nº8.080/90, e a nº8.142/90. Estas regulamentaram os dispositivos constitucionais, que implementavam o SUS. São leis nacionais designadas a estabelecer as responsabilidades de cada esfera de Governo para garantir a assistência à saúde da população (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2008).

A lei nº 8.080/90 votada em 19 de setembro regulamenta o SUS em todo território nacional, estabelecendo condições para promover, proteger, recuperar e organizar os serviços, com o objetivo de garantir acesso à saúde universal e igualitário a todos; permite à iniciativa privada participar com complemento no SUS; garante gratuidade das ações prestadas e dispõe da

gestão financeira. A lei nº8.142/90 votada em 28 de dezembro dispõe sobre a participação da população na gestão do SUS, para que esta possa expressar e defender seus interesses na gestão de saúde em Conselhos e Conferência de Saúde (CARVALHO; SANTOS, 2006).

Baseado no contexto histórico acima discutido, conclui-se que o SUS é uma conquista popular em constante aperfeiçoamento, constituindo-se num sistema totalmente contrário à visão de interesses mercantis. Essa conquista trouxe mudanças diversas como a melhoria na qualidade de vida da população e o aumento da expectativa de vida numa média de 30 anos ao longo do século XX (VERAS; CALDAS, 2004; BRASIL, 2007).

Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das mudanças conquistada pelo SUS, teve início quando o Ministério da Saúde formou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, criado para colaborar com a diminuição da mortalidade infantil e materna. O objetivo do PACS era a extensão da cobertura dos serviços de saúde para as áreas crítica (áreas pobres e abandonadas). A experiência acumulada pelo Estado do Ceará trouxe contribuição fundamental para aperfeiçoamento do programa (VIANA; DAL POZ, 2005).

Baseado nesse contexto, os mesmos autores afirmam que o PACS auxiliou na consolidação do SUS e na organização dos sistemas de saúde, pois começaram a surgir necessidades para a sua prática. Os gestores deveriam cumprir algumas condições para o desenvolvimento do programa, como por exemplo, a existência de uma unidade básica de referência do programa, um profissional de enfermagem de nível superior para chefiar e dar suporte nas ações de saúde e a existência de fundo municipal de saúde para receber os recursos do programa.

No ano de 1994, seguindo esta mesma linha, centrada no propósito de promover a extensão da cobertura da assistência à saúde, foi criada a Estratégia Saúde da Família, um serviço de atenção primária à saúde, que iria atuar em um determinado território, delimitado geograficamente para proporcionar assistência integral e contínua a uma população adstrita (ANDRADE, 2004).

Ainda para o mesmo autor, o objetivo principal da ESF é reorganizar a prática da assistência, levando a saúde para próximo da população, onde a

prevenção, promoção e recuperação são prioridades da equipe. As ações da ESF são melhores desempenhadas, devido aos vínculos criados com a população.

Na mesma linha de pensamento, Fontinele Júnior (2008) defende que a ESF veio para cooperar com a reorientação do modelo assistencial e ainda complementa com sua inovação na dinâmica de desempenho que deve ser realizada em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, para fornecer assistência à saúde da população.

3.2 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

A Constituição Brasileira de 1988 no artigo 230 reconheceu legalmente os direitos dos idosos e determina que a família, a sociedade e o estado têm obrigação de protegê-los e principalmente garantir a sua participação na comunidade (BRASIL, 1988).

Em 1994, dando ênfase a esses direitos, foi implantada com a lei nº8.842/94 a Política Nacional do Idoso (PNI) regulamentada posteriormente pelo Decreto nº 1.948 no ano de 1996. A PNI dispõe as determinações que envolvem a assistência gerontológica, com a finalidade de garantir os direitos sociais às pessoas maiores de 60 anos de idade, ao ponto de possibilitar ao idoso “autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (CARVALHO, 2004).

Silvestre e Costa Neto (2003) enfatizam que a PNI responsabiliza a família, a sociedade e o Estado em garantirem a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso. Esses responsáveis vão promover a participação do idoso na comunidade, proteger a dignidade da pessoa idosa, seu bem-estar e direito à vida. Todas as ações desenvolvidas para esse público devem embasar-se no propósito de manter a pessoa idosa envolvida junto aos familiares e na comunidade, onde sejam tratados de forma digna.

Outra preocupação da PNI foi determinar normas que promovessem e defendessem a pessoa idosa na área jurídica, para evitar abusos ou lesões a seus direitos, garantia de que as instituições responsáveis pela assistência ao idoso sejam favoráveis a condição e os desafios desse público (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2006).

Para fortalecer e aprimorar a PNI já existente, em 2003 foi criada a Lei nº10.741/03 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. No Título I – Das Disposições Preliminares desta lei, o art. 2.º descreve que o idoso deve gozar de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, o art. 3º reafirma a responsabilidade do Estado, da sociedade e da família para com o idoso e no art. 4º o direito de proteção contra a violência (BRASIL, 2003).

No capítulo IV – Do direito à saúde desta mesma lei, o artigo 15º dispõe sobre o direito à saúde por intermédio do SUS, como se segue:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003, p. 13).

3.3 PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento pode ser compreendido como processo natural e gradativo de mudanças no organismo, que se inicia com o nascimento e perdura por toda a vida do indivíduo, que afetam a capacidade de resposta aos estímulos (SMELTZER; BARE, 2009).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) define o envelhecimento como um processo de mudanças que ocasiona a diminuição progressiva da funcionalidade dos indivíduos ocasionada pelo tempo (senescência). Quando as alterações são produzidas pelas afecções que podem acometer os idosos, chamamos estas de senilidade

Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003, n.12), define o envelhecimento como:

(...) um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

As alterações ocasionadas pelo envelhecimento podem ser observadas em todo organismo humano (muscular, ósseo, nervoso, circulatório, pulmonar,

endócrino e imunológico) e estas podem levar a um declínio dos tecidos e funções do organismo (VANDERVOORT, 2000).

As transformações que envolvem os aspectos físicos comprometem significativamente o estilo de vida dos idosos, já que eles gradativamente apresentam perda da sua funcionalidade. As principais modificações são: manchas escurecidas na pele (manchas senis); perda de tônus (flacidez); presença de verrugas; nariz alargado; aumento da quantidade de pêlos nas orelhas e no nariz; modificações na coluna vertebral que causam encurvamento; diminuição da estatura pelo desgaste das vértebras (BRASIL, 2006a).

Litvoc e Brito (2004) descrevem que podem acontecer muitas mudanças no estado emocional do idoso, acarretando obstáculos em se adaptar a novos papéis; ausência de motivação e dificuldades de fazer planejamentos; desânimo; hipocondria; demência; suicídio; baixa auto-estima e auto-estima; necessidade de trabalhar as perdas orgânicas afetivas e sociais.

Segundo Zimerman (2000) 15% dos idosos têm a necessidade de atenção à saúde mental e cerca de 2% desses são pacientes maiores de 65 anos, que na maioria das vezes não são detectados pelos familiares, são simplesmente associados às idades.

As modificações ocasionadas pelo envelhecimento terminam prejudicando o relacionamento dele com as outras pessoas em função de crise de identidade, mudança de papéis, aposentadoria e principalmente pela diminuição do contato com a sociedade (SMELTZER; BARE, 2009).

3.4 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO IDOSO

3.4.1. Definição e características definidoras

A PA depende basicamente do volume sanguíneo que circula no corpo do indivíduo (débito cardíaco-DC), do estado de contração (tônus) das artérias e pequenas artérias (resistência vascular periférica-RVP), da regulação do volume sanguíneos pelos rins e ainda do sistema nervoso central através da homeostase da água e eletrólitos. A PA diminuída provoca perfusão inadequada dos órgãos que resulta em disfunção e até em morte tecidual. A

PA aumentada não traz nenhum benefício, pelo contrário, pode provocar disfunção e danos aos vasos e aos órgãos, esse aumento da PA é chamado de Hipertensão Arterial Sistêmica (METZE, 2006; SMELTZER; BARE, 2009; SCHOEN, 2005).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma síndrome caracterizada pelo aumento da PA tanto sistólica como diastólica. São considerados portadores de HAS os indivíduos que apresentarem PA diastólica maior de 90 mmHg e a sistólica maior que 140 mmHg. É uma das enfermidades mais frequentes, sendo uma das que mais causa óbito diretamente e indiretamente devido principalmente as suas complicações (PORTO, 2005).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b. p.14), define HAS como:

Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

Ainda para Ministério da Saúde, o aumento da pressão arterial é fator de risco determinante no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo a causa modificável mais importante para a morbidade e a mortalidade cardiovascular, o que faz da HAS um grave problema que a saúde pública enfrenta em todo o mundo, prevalente em 22,3 a 43,9 % na população urbana adulta Brasileira.

Smeltzer e Bare (2009) consideram a HAS quando a pressão arterial sistólica é superior a 140mmHg e a diastólica maior que 90 mmHg na média de duas ou mais medições, em dias diferentes e condições adequadas. Para eles não existe nenhuma etiologia exata, a HAS é uma condição multifatorial, onde estes se alteram e afetam a resistência periférica e/ou débito cardíaco. Além dessas possibilidades citadas, outras causas são discutidas pelos autores como contribuintes para o aumento da PA, são eles: o aumento da atividade renina-angiotensina-aldosterona; a disfunção do endotélio vascular; o diabetes melito tipo 2 e a obesidade.

Segundo Brum (2005) a PA aumentada resulta diretamente do aumento da resistência vascular periférica, e/ou do débito cardíaco (DC) ou da combinação de ambos. O sistema de renina-angiotensina-aldosterona é responsável pela vasoconstrição produzida através da secreção de renina e da

formação de angiotensina, essa formação de angiotensina resulta no aumento da secreção de aldosterona, que provoca a retenção de água e sódio nos rins, com conseqüente aumento no volume do líquido extracelular que conseqüentemente aumenta o DC e a PA.

Berne (2000) explica também que a liberação de acetilcolina estimula as fibras nervosas pré-ganglionares dos vasos sanguíneos, nos quais a liberação de noradrenalina estimula a vasoconstrição, cujo aumento da resistência vascular ocasiona o aumento da PA.

3.4.2 Fatores de Risco

Os mais importantes fatores de risco para HAS são a idade, gênero, etnia, nível sócio-econômico, obesidade, taxa de ingestão de sal, consumo de bebida alcoólica, sedentarismo e tabagismo sendo a idade o fator determinante (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E A SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2007)

As alterações estruturais e funcionais no coração e vasos sanguíneos são decorrentes da senescência. O processo do envelhecimento ocasiona o endurecimento da artéria aorta, e conseqüentemente o aumento da pressão arterial sistólica. A perda da elasticidade da aorta reduz o recuo diastólico e conseqüentemente faz a pressão arterial diastólica cair (BRASIL, 2006b).

Ainda para o Ministério da Saúde, outro fator importante associados à HAS é a etnia, relatam que afro-descendentes mulheres possuem uma alta prevalência de hipertensão quando comparadas às brancas. Os negros de origem africana têm um número maior de portadores de HAS que os brancos.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2007) consideram quanto menor o nível socioeconômico maiores os fatores de risco que elevam a PA. Outro fator associado à HAS é a ingestão de sódio, estudos revelam que pacientes com alto consumo de sal (sódio) têm a PA elevada.

3.4.3 Diagnóstico

O diagnóstico de HAS em pacientes idosos na maioria é dificultado devido à multiplicidade de doenças associadas ao processo de envelhecimento que mascaram o quadro clínico com a semelhança dos sintomas. A omissão e/ou informações erradas fornecidas por parte do paciente e/ou cuidador é outro problema que atrapalha o diagnóstico. Baseado nesses obstáculos acima discutidos, a avaliação da situação clínica do paciente para fazer o diagnóstico deve abraçar um segmento investigativo rigoroso para um consequente bom exame clínico (BRANDÃO et al., 2006).

Ainda para os mesmos autores, esse diagnóstico pode ser influenciado pela forma de aferição da PA, principalmente em pacientes idosos. Então se faz necessário cuidados nesse momento com o posicionamento adequado do paciente de modo que lhe possibilite conforto. Se o mesmo apresentar ansiedade, repetir a aferição em outra situação e diariamente. A monitorização ambulatorial da PA (MAPA) deve ser feita para descartar a possibilidade de hipertensão do jaleco branco ou pseudo-hipertensão.

Para estabelecer o diagnóstico é de fundamental importância a correta aferição da PA. As orientações dos comitês que normatizam essa técnica estabelecem a necessidade de utilização de um manguito com câmara infláveis com estatura mediana de 24 cm de comprimento e 12 de largura, que envolva 80% da circunferência do braço do paciente (FUCHS, 2004).

O autor acima citado relata ainda que a análise da história de saúde e o exame físico completo devem ser investigados cuidadosamente e atentamente, especialmente os fatores de risco para HAS e a realização de exames laboratoriais como sumário de urina, uréia, creatinina, potássio, colesterol total, glicemia, eletrocardiograma e radiografias de tórax.

Smeltzer e Bare (2009) de forma resumida afirmam que o diagnóstico de HAS é possibilitado por meio de uma avaliação geral da história de saúde, exame físico completo, exames como análise de sódio, potássio, creatinina, glicose em jejum, colesterol, nível de renina, exames urinários e proteína, além de eletrocardiograma e ecocardiográfica para identificar possíveis lesões de órgão-alvo.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) recomenda que para o diagnóstico de HAS que é preciso que tenha prudência por parte dos profissionais, já que uma vez diagnosticado, o indivíduo vai conviver com isso

por toda vida, além das muitas repercussões na saúde do indivíduo e o custo social resultante. É fundamental considerar os níveis tensionais, o risco cardiovascular global, presença dos fatores de risco e lesões nos órgãos-alvo, bem como conhecer a pressão usual do indivíduo e aferição repetida da PA em situações e dias diferentes. Com os dados obtidos após a avaliação geral, o indivíduo deve ser enquadrado no nível de classificação, que segue abaixo:

Tabela 1-Classificação da pressão arterial em adultos

CLASSIFICAÇÃO	PA SISTÓLICA (mmHg)	PA DIASTÓLICA (mmHG)
Normal	< 120	< 80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	>160	>100

FONTE: Brasil (2006b, p.14).

3.4.4 Tratamento

O tratamento objetiva a prevenção de complicações com o controle da PA, a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso. Esse objetivo pode ser alcançado por meio de tratamento não-medicamentoso e medicamentoso, a confirmação do diagnóstico e a classificação é a base para decisão terapêutica ideal (BRASIL, 2006b).

O tratamento não-medicamentoso consiste no geral em modificações no estilo de vida. As principais estratégias são as seguintes: controle de peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de bebidas

alcoólicas, abandono do tabagismo e prática de atividade física regular (BRASIL, 2006b; SEMELTZER, BARE, 2009).

Brandão et al. (2006) consideram que a maior eficácia da redução nos níveis pressóricos no tratamento não-farmacológico é garantido com o controle do peso corporal, redução da ingestão de sódio, aumento da ingestão de potássio, redução do consumo de bebidas alcoólicas e a prática de exercício regulares.

Para Fuchs (2004), o tratamento não-farmacológico isolado e os efeitos de tratamento sobre a morbimortalidade não estão bem esclarecidos, porém estudos revelam que o tratamento não-farmacológico associado ao tratamento farmacológico demonstra superioridade dos fármacos.

O tratamento farmacológico é uma escolha que consiste em utilização de fármacos que atuam sobre o organismo do indivíduo, onde contribui para prevenir complicações, tratar o quadro clínico e atenuar os sintomas. Os fármacos utilizados são denominados anti-hipertensivos, esses possuem mecanismo que atuam na fisiopatologia da HAS (OATES, 2007).

O fármaco de escolha deve possibilitar a diminuição da PA para menos de 140 mmHg (sistólica) e 90 mmHg para (diastólica). Atualmente seis classes são conhecidas como anti-hipertensiva: diuréticos, inibidores adrenérgicos, inibidores da enzima conversora de angiotensina, antagonistas dos canais de cálcio, vasodilatadores diretos e antagonistas dos receptores de angiotensina (BRANDÃO et al., 2006).

Essencialmente são catalogados pelo Ministério da Saúde em cinco classes: os diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, antagonistas do sistema renina-angiotensina e os bloqueadores dos canais de cálcio (BRASIL, 2006b).

Os fármacos da classe dos diuréticos atuam na depleção de volume e redução da resistência vascular periférica. Os betabloqueadores possibilitam inicialmente a diminuição do débito cardíaco e reduz a secreção de renina. Os fármacos antagonistas dos canais de cálcio contribuem para a redução da resistência vascular periférica através da redução da concentração de cálcio nas células musculares lisa. A classe de inibidores da enzima de conversão da angiotensina bloqueia a conversão de angiotensina I em angiotensina II. Outra

classe citada pelos autores é os antagonistas dos receptores de angiotensina II bloqueiam os receptores de angiotensina I (BRANDÃO et al., 2006).

Ainda para os mesmos autores, o tratamento farmacológico orienta que sejam seguidos alguns princípios valiosos, como: garantir eficiência por via oral; ter eficiência garantida com o menor número possível de tomadas diárias; instruir o paciente quanto à doença, os cuidados com horários, os efeitos da medicação, o objetivo do tratamento e, principalmente, considerar as condições socioeconômicas do indivíduo.

A tabela abaixo demonstra a indicação do Ministério da Saúde para a decisão terapêutica de acordo com cada situação.

Tabela 2 - Decisão terapêutica, segundo risco e pressão arterial

	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO
Pré-hipertensão (120-139/80-89)	MEV	MEV	MEV*
Estágio 1 (140-159/90-99) meses)	MEV (até 12 meses)	MEV** (até 6 meses)	TM
Estágios 2 (>160 />100)	TM	TM	TM

MEV = Mudança de estilo de vida; TM = Tratamento Medicamentoso.

* TM se insuficiência cardíaca, doença renal crônica ou diabetes melito.

** TM se múltiplos fatores de risco.

FONTE: Brasil (2006, p. 24).

3.5 SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL

A fragilidade é inevitável na terceira idade e ainda ocasiona a dependência, devido à prevalência de patologias crônicas e/ou o declínio da capacidade funcional do indivíduo. A dependência se explica por uma necessidade de auxílio indispensável na prática das atividades elementares da vida (CALDAS, 2003).

Baseado nessa necessidade de apoio no dia-a-dia, a política de atenção à saúde do idoso em seu conteúdo dispõe sobre a importância da

família e a sociedade na qualidade de vida desse grupo etário. A família passa a ter cada vez mais importância nas atividades de proteção, ajuda e cuidado, a mesma deve atuar como opção no suporte informal aos idosos (BRASIL, 1994).

A família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida. O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos (BRASIL, 1994, p. 1).

O suporte familiar deve objetivar não apenas em prolongar a vida do idoso, mas, sobretudo manter a capacidade funcional do indivíduo de forma que ele continue independente no maior espaço de tempo possível. É de extrema importância que o idoso seja estimulado de modo que as atividades de vida diárias (AVD) e as atividades instrumentais da vida diárias (AIVD) sejam excitadas intensamente e prolongadas para melhoria da auto-estima (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006).

São consideradas AVD todas as atividades que a pessoa precise para cuidar de si mesma, como por exemplo: comer, banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, andar, mover-se na cama. Já a AIVD compreendem-se todas as atividades realizadas para administrar o meio em que ele vive, como por exemplo: preparar a comida, realizar serviços domésticos, lavar e cuidar das roupas, fazer comprar, usar meios de transporte, ir ao médico, compromissos sociais e religiosos (PORTO, 2005).

As habilidades para a realização de AVD e AIVD podem ser comprometidas, devido ao processo de envelhecimento, cabendo a família disponibilizar-se para prestar auxílio ao idoso. As tarefas do cuidador (indivíduo que presta cuidados ao outro indivíduo, neste caso o idoso) envolvem o apoio nas AVD e AIVD (BRASIL, 2006a; COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006).

Em algumas situações essa opção de suporte ao idoso é comprometida (inadequado, ineficiente ou mesmo inexistente) devido às dificuldades encontradas pelos familiares. Em algumas situações, os membros da família não se disponibilizam, estão despreparados ou sobrecarregados. Mesmo que a legislação e as políticas públicas determinem que esse suporte

seja dado pela família é importante atentar que, não existe forma de garantir que a família preste um cuidado humanizado (CALDAS, 2003; RODRIGUES; ZIONI, 2010).

A dependência do idoso pode desencadear sentimentos diversos no cuidador, como: raiva, culpa, medo, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo e irritação. É importante atentar para os sentimentos do cuidador quanto a essa dependência, pois pode tornar-se fator de risco para ocorrência de violências. A violência contra o idoso no meio familiar pode ocorrer de forma física, financeira, psicológica ou até mesmo a negligência (BRASIL, 2006b).

Outro fator importante a ser discutido é a participação dos idosos em grupos de convivência para que seja possível o relacionamento com outras pessoas, esta interação com o meio promove mudanças, contribui para melhoria da autonomia, auto-estima e, conseqüentemente, melhora da qualidade de vida. O idoso passa a sentir-se útil, interessante e importante (ZIMERMAN, 2000; ODONI, et al., 2006).

Um grupo é constituído a partir de interesses e temas em comum. É um espaço possível e privilegiado de rede de apoio e um meio para discussão das situações comuns vivenciadas no dia-a-dia. Permite conseqüentemente, elevar a auto-estima. O trabalho em grupos possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde (BRASIL, 2006a, p. 23).

Os grupos de convivência são realidade das Equipes Saúde da Família, pois são comuns os grupos de hipertensão e diabetes, sobre responsabilidade da equipe e da comunidade, onde são promovidas reuniões e discutidos assuntos diversos de interesse coletivo. Uma prática que acaba contribuindo para socialização e melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2006a).

3.6 ENVELHECIMENTO E MEDICAMENTOS

Na atenção ao idoso, os medicamentos representam um item muito importante já que esse grupo etário tende a consumir bastantes produtos farmacêuticos devido à multiplicidade de doenças ocasionadas pelo processo

de envelhecimento, a cautela é fundamental para que a utilização seja realmente benéfica ao usuário. Hoje a média de utilização de medicamento nesse grupo etário varia de dois a cinco fármacos simultaneamente. Os fármacos mais consumidos são os cardiovasculares, anti-hipertensivos e os analgésicos (COELHO FILHO; MARCOPITO; CASTELO, 2004).

Esse aumento no consumo de fármacos ocasiona maiores riscos de efeitos colaterais e interações medicamentosas, a resposta do organismo envelhecido ao medicamento pode ser aumentada ou diminuída dependendo do princípio ativo administrado, o que vem a ser um problema para esse grupo no que diz respeito à saúde (GORZONI; PASSARELI, 2006).

Apesar dos benefícios dos medicamentos, a administração simultânea de outros fármacos têm a capacidade de originar alterações marcantes nos efeitos de algumas substâncias. É importante ressaltar que não existe droga completamente segura, as respostas danosas e não-propositadas montadas pelo organismo a exposição à determinada drogas, podem levar a efeitos deletérios aos indivíduos. Essas reações são denominadas iatrogênias e podem acometer qualquer paciente. No geral, a maioria das iatrogênias são leves ou moderadas, podem ocorrer reações sérias que comprometem a qualidade de vida dos indivíduos (OATES, 2007).

O efeito do fármaco é influenciado pela dose administrada, a velocidade, magnitude de absorção, distribuição nos tecidos, biotransformação (metabolismo) e da excreção. Dados que devem ser considerados, pois se deixados de lado podem provocar complicações graves e até mesmo a morte. Os fatores ocasionados pelo envelhecimento que mais interferem na terapêutica nos indivíduos idosos são: a distribuição, biotransformação (metabolismo) e excreção (BUXTON, 2006).

A distribuição dos fármacos é prejudicada devido às mudanças de composição corporal, o aumento no tecido adiposo provoca acúmulo de medicamentos lipossolúveis ocasionando maior permanência no organismo e aumento do tempo de ação. Ocorre ainda a diminuição do volume de água no organismo no meio intracelular em 20% que ocasiona aumento do efeito de medicamentos hidrossolúveis (BORGES; COIMBRA, [2009?]).

O metabolismo dos fármacos é uma capacidade natural do indivíduo, esse processo é a conversão realizada no fígado dos medicamentos em

metabólicos. No organismo envelhecido esse processo é prejudicado pela diminuição do peso e volume hepático, decréscimo de fluxo sanguíneo que leva a menor depuração dos medicamentos (GIACOMINI, SUGIYAMA, 2006).

Com a idade a excreção também é prejudicada, ocorre à perda da massa renal (20 a 25%) declínio da filtração glomerular, a perda do fluxo plasmático (até 50%) e então com isso os fármacos de excreção renal têm suas meias vidas aumentadas (BUXTON, 2006).

Outras alterações no organismo envelhecido podem levar a modificações do efeito do fármaco. Alterações nos receptores colinérgicos, alfa e beta-adrenérgicos podem ser identificadas e ainda o declínio de várias funções do organismo como a diminuição da sensibilidade do sistema nervoso autônomo, distúrbio na termorregulação (GIACOMINI; SUGIYANA, 2006).

Além dessas alterações do organismo dos indivíduos que interferem na farmacocinética e farmacodinâmica, o profissional tem que lidar com as dificuldades de entendimento e compreensão quanto às informações que ele fornece a esse público; o nível de escolaridade, estado de lucidez e a possibilidade de negação da doença. Baseados em todas as dificuldades associadas ao processo de envelhecimento, o profissional acima de tudo tem a obrigação por natureza de ser humano, compreender todas as necessidades do idoso facilitando o acesso aos serviços (BRASIL, 2006b).

Baseado no envelhecimento populacional é de extrema importância que os serviços de saúde preparem-se para receber esse grupo etário. Assim é importante incorporar medidas que gerem melhoria para a disponibilidade de serviços para esse público e a qualidade dos serviços dispensados (RUMEL et al., 2004).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

No presente estudo tratamos de uma pesquisa de campo numa abordagem quantitativa e descritiva. A observação passiva também foi aqui utilizada como método de pesquisa científica.

Para Marconi e Lakatos (2007) a pesquisa de campo é o tipo de pesquisa que tem como objetivo a obtenção de conhecimentos e/ou informações quanto ao problema pesquisado. Esse tipo de pesquisa difere da simples coleta de dados; sendo que a primeira exige um domínio e objetivos previamente estabelecidos onde discriminam o que deve ser pesquisado e a segunda é uma fase da pesquisa.

Quanto ao método quantitativo, Richardson (2010, p. 70) em sua obra define:

(...) quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde a mais simples como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficiente de correção, análise de regressão etc.

O mesmo autor ainda relata que esse tipo de método pode “[...] garantir a precisão dos resultados, evita distorções de análise e interpretação [...]”, sendo bastante utilizado em estudos descritivos. Os estudos descritivos segundo ele objetivam investigar “[...] “o que é”, ou seja, descobrir as características de um fenômeno como tal [...]”. a abordagem pode ser ampla (RICHARDSON, 2010, p.70).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica Saúde da Família localizada no Centro de Atenção Integral à Saúde da Criança (CAIC-CARNAUBAL) no município de Mossoró-RN, situado na Rua Souza Leão, sn, Belo Horizonte, CEP: 59605-310. Nesse centro encontrava-se em funcionamento duas Equipes Saúde da Família, designadas por 111 e 155,

ambas com o número mínimo de componentes conforme preconiza o Ministério da Saúde.

O local da pesquisa foi escolhido por ser acessível aos pesquisadores e principalmente por contar com um número favorável de idosos hipertensos cadastrados e acompanhados pelo programa HIPERDIA, conforme informado o sistema de informação de Atenção Básica (SSA2).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para cumprimento desse estudo, da população alvo escolhida dos idosos cadastrados e acompanhados pelas ESFs do CAIC-CARNAUBAL no HIPERDIA, retiramos a amostra de cem idosos que compareceram à Unidade Básica Saúde da Família no período da coleta, estes tinham idade acima de 60 anos, eram hipertensos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), comprovando sua aceitação em participar da pesquisa.

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

O instrumento utilizado para coleta de dados constituiu-se de um formulário, cujas perguntas foram preenchidas pelo próprio entrevistador por ocasião da entrevista, sendo esse um dos motivos para escolha do mesmo, pois facilitou a abordagem da população idosa.

Para Marconi e Lakatos (2007) este instrumento é usado para uma abordagem de quase todos os membros de determinada população, independente também do nível de escolaridade, já que o preenchimento é parte da função do entrevistador.

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi desenvolvida no período de 21 de fevereiro a 2 de maio de 2011. O primeiro contato efetivou-se com os profissionais que atuam naquele setor, para quem foram expostos os objetivos da pesquisa e também solicitado a colaboração.

Em uma segunda ocasião, já foi possível iniciar o contato direto com os integrantes da amostra pretendida, no momento em que esses compareciam para o acompanhamento do HIPERDIA.

A abordagem foi realizada na sala de espera para as consultas semanais de Enfermagem do HIPERDIA, durante sete dias, coincidindo com o atendimento agendado para aqueles idosos. No período final, a coleta foi facilitada pela Campanha Nacional de Vacinação para Idosos, que teve início no dia 25 de abril e a partir daí a frequência de comparecimento dos idosos à Unidade Básica Saúde da Família aumentou, bem como a assiduidade da pesquisadora participante.

Os dados referentes ao índice de massa corporal foram obtidos a partir da verificação de medidas antropométrica (peso/altura), sendo as pesquisadoras auxiliadas nesse momento também pelos técnicos de enfermagem no local do estudo.

O preenchimento do formulário foi desempenhado unicamente pelas pesquisadoras, com objetivo de manter um padrão de leitura e bom emprego dos questionamentos a todos os participantes.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados obtidos, no contato com a amostra, utilizamos a análise estatística, que envolveu uma multiplicidade de técnicas. Utilizamos microcomputadores e programas estatísticos, com o propósito de descrever os fenômenos e avaliar a magnitude e a confiabilidade das relações entre eles.

Os dados numéricos, após terem sido manipulados por meio desta análise estatística, possibilitaram a confecção de tabelas, através do Programa Microsoft Office Word 2007 que assim tornaram possível a geração de gráficos mediante o Programa Microsoft Office Excel 2007.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – Ltda. Seguindo todos os aspectos éticos e legais para o estudo envolvendo seres humanos.

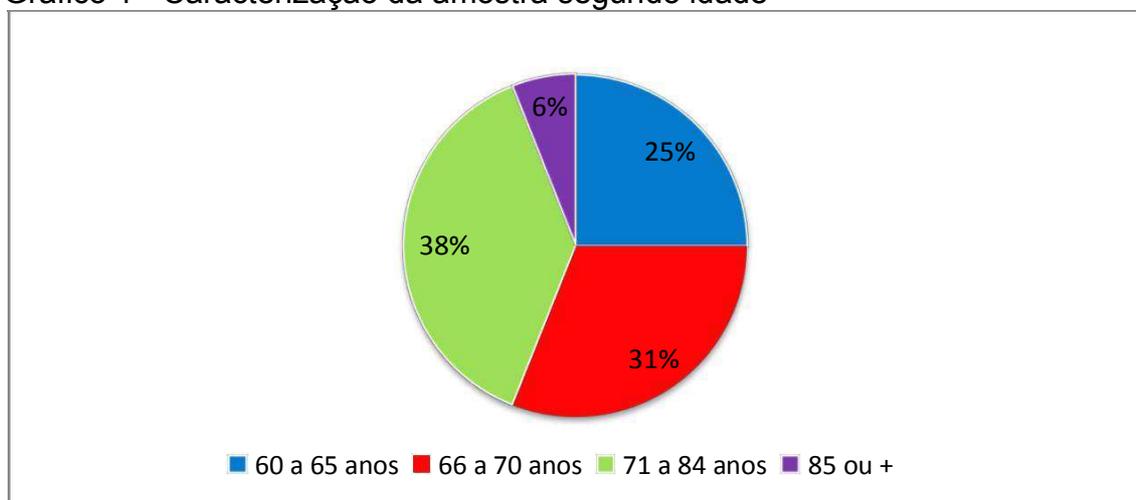
A pesquisa foi orientada pela resolução nº196/96 do Conselho Nacional da Saúde, que objetiva garantir os direitos e deveres dos indivíduos, nela são garantidos o sigilo das identificações e a veracidade dos resultados (BRASIL, 1996).

Ainda consideramos a Resolução do COFEN nº 311/07, que trata sobre o ensino, pesquisa e a população técnico-científica dos profissionais da enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 DADOS REFERENTES À CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Gráfico 1 - Caracterização da amostra segundo idade

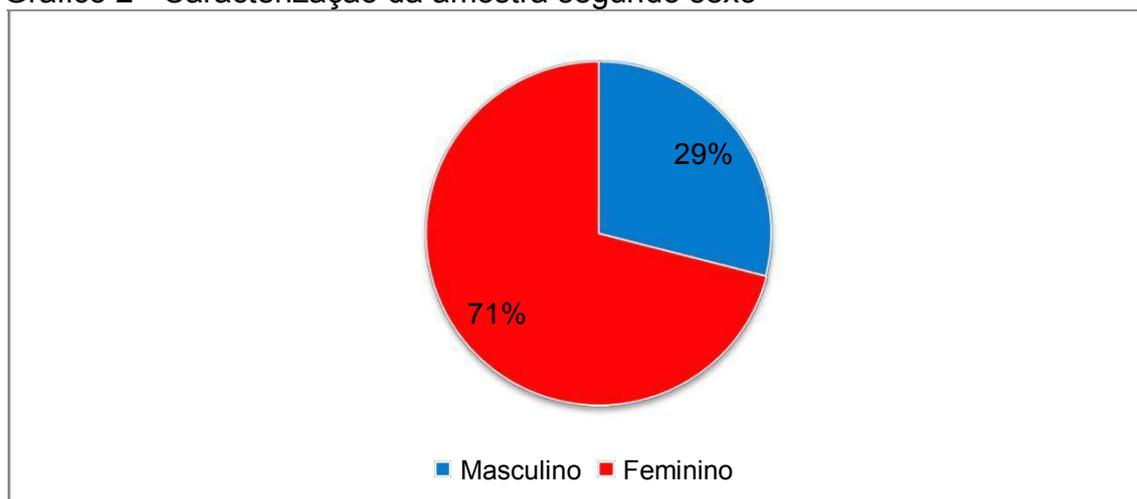


Fonte: Pesquisa de Campo (2011).

Por meio do gráfico 1, foi possível caracterizar os idosos hipertensos participantes da pesquisa, segundo a idade. Foi identificado que 38% estavam na faixa etária de 71 a 84 anos, 31% entre 66 e 70 anos, 25% entre 60 e 65 anos, e 6% na faixa etária de 85 anos ou mais.

De acordo com os dados expostos, podemos perceber que a faixa etária de 71 a 84 anos é predominante na amostra coletada. De acordo com Costa et al. (2006) esta faixa etária corresponde à fração da população idosa onde mais se acumulam os múltiplos problemas de saúde. O que a torna mais predisposta a apresentar incapacidades que comprometem as atividades de vidas diárias.

Gráfico 2 - Caracterização da amostra segundo sexo



Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

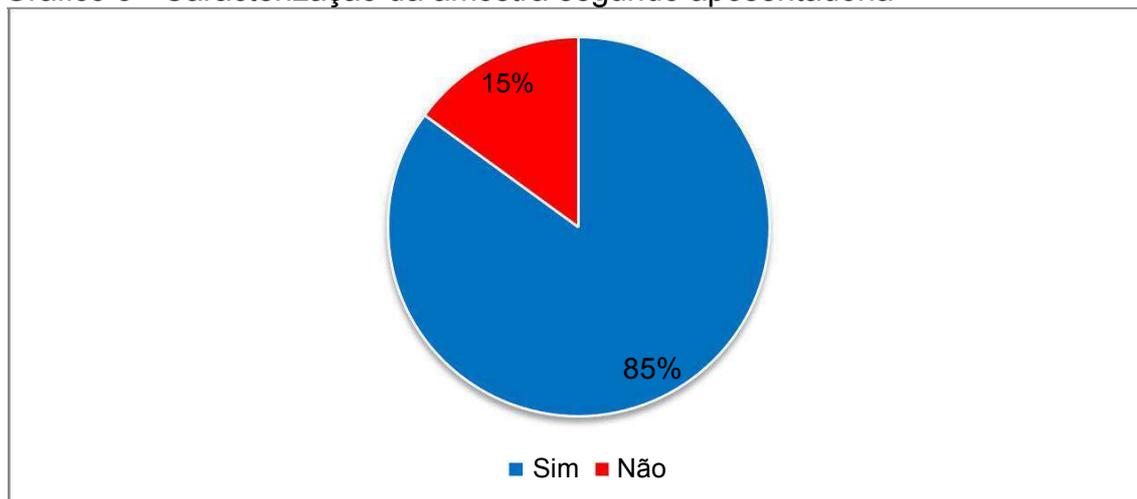
O gráfico 2 possibilitou-nos caracterizar a amostra segundo o sexo, onde descobrimos que, 71% eram do sexo feminino e 29% eram pessoas do sexo masculino.

Pessini e Barchifontaine (2006) informam-nos que a quantidade de mulheres idosas na população Brasileira é superior ao número de homens idosos. Esse dado é reflexo das diferenças biológicas, como por exemplo, o fator de proteção sobre episódios cardiocirculatórios desempenhado pelos hormônios femininos. Outra possível razão da “feminização” da velhice exposta pelo autor são as diferenças na exposição à fatores de riscos, tais como: maior exposição a agentes externos de mortalidade, diferenças no consumo de bebidas com teor de álcool e fumo, e ainda diferenças nas atitudes que dizem respeito às doenças.

Taddei e Grespan (2006) afirmam a HAS é uma doença predominante na população brasileira, especialmente em pessoas do sexo feminino. Segundo Medeiros (2006) isso pode estar relacionado ao fato de um subdiagnóstico em homens por litígios de acessibilidade ou sócio culturais, logo que esses tipicamente buscam menos assistência à saúde.

Os homens utilizam com menos frequência os serviços de saúde, o que dificulta a realização de diagnósticos precoces e condutas terapêuticas (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2006).

Gráfico 3 - Caracterização da amostra segundo aposentadoria



Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

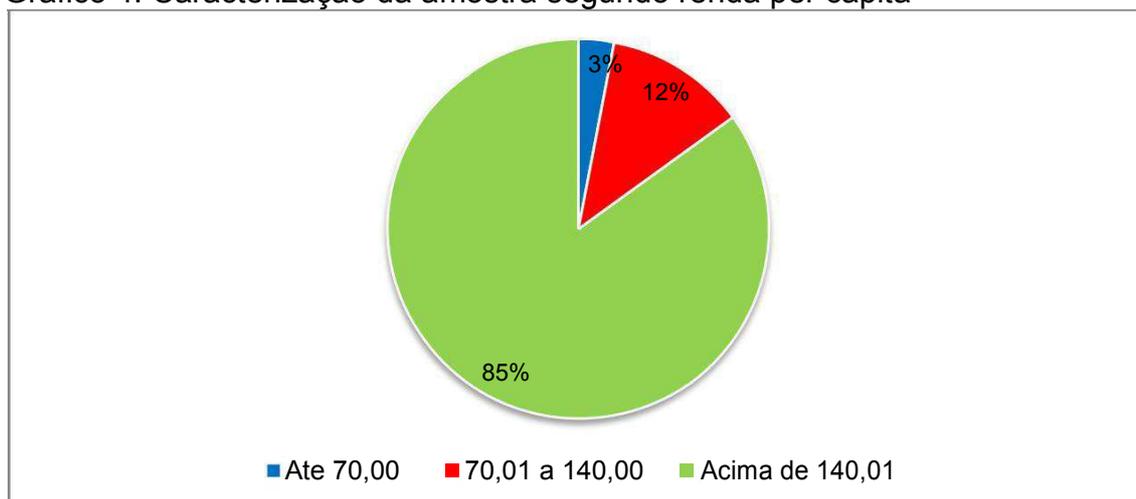
A partir dos dados fornecidos pelo gráfico 3, pudemos perceber que 85% dos idosos eram aposentados e 15% não.

Baseados nas idéias de Rodrigues e Rauth (2006), entendemos a partir do gráfico acima exposto, que a maior parte dos entrevistados podem estar em risco, já que a aposentadoria significa a cessação das atividades profissionais, o que leva os aposentados ao risco de sentirem-se excluídos do mundo produtivo, “como um tempo inútil, de desvalorização social, sem sentido, vazio, de nostalgia, e de engodo” (RODRIGUES; RAUTH, 2006, p.189).

Zimerman (2000) nos informa que o envelhecimento acarreta transformações no status do idoso e no relacionamento dele com diferentes sujeitos em função da crise de identidade, mudanças de papéis na família, aposentadoria e diminuição do contato social.

Outra preocupação citada por Rodrigues e Rauth (2006, p.189) nesse sentido é o impacto sobre a condição financeira, considerando-se os “valores serem baixos para os que recebem (...) no cômputo geral da previdência”. O que induz os aposentados menos beneficiados financeiramente a nem sempre desfrutarem da aposentadoria, porque os valores são insuficientes para manutenção da família, das necessidades básicas e ainda dos gastos com fármacos que nem sempre são disponibilizados nas Unidades Básicas de Saúde.

Gráfico 4: Caracterização da amostra segundo renda per capita

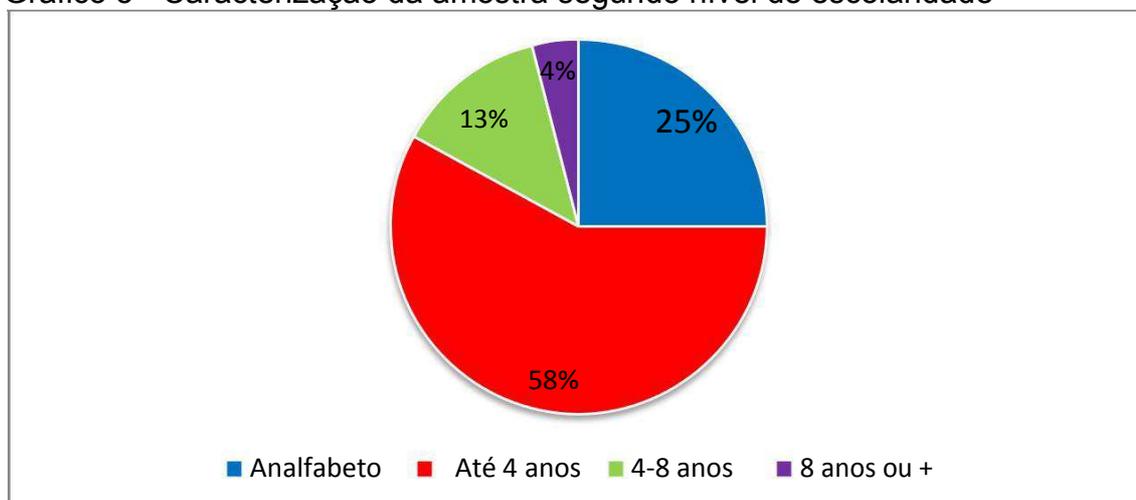


Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

A partir do gráfico 4, foi possível distribuir a amostra segundo renda *per capita*, onde constatou-se que 85% possuíam renda acima de R\$ 140,01, 12% de R\$ 70 a 140,00 e 3% até R\$ 70,00.

Uma família é considerada de classe pobre apenas quando sua renda *per capita* é insuficiente para cumprir com as necessidades da sobrevivência adequada. No ponto de vista econômico nossa amostra encontra-se com renda apropriada para sua manutenção mínima, já que é considerado pobreza quando a renda familiar *per capita* é menor que meio salário mínimo mensal (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2006).

Gráfico 5 - Caracterização da amostra segundo nível de escolaridade



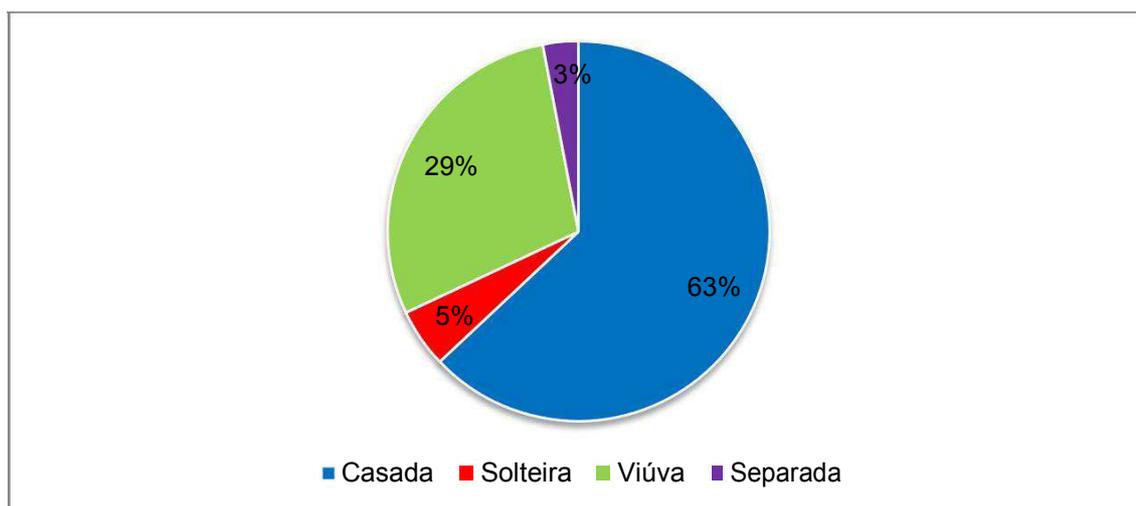
Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Com a finalidade de caracterizar a amostra segundo o nível de escolaridade, o gráfico 5 nos evidencia que 58% estudaram pelo menos até 4

anos, 25% são analfabetos, 13% estudaram até 4 a 8 anos e 4% tinham 8 anos ou mais de estudo.

Litvoc e Brito (2004) afirmam que o nível de escolaridade, assim como as multiplicidades de doenças, os fatores de caráter sócio-culturais e as alterações ocasionadas pelo processo de envelhecimento são fatores determinantes que levam à incapacidade funcional.

Gráfico 6 - Caracterização da amostra segundo estado civil



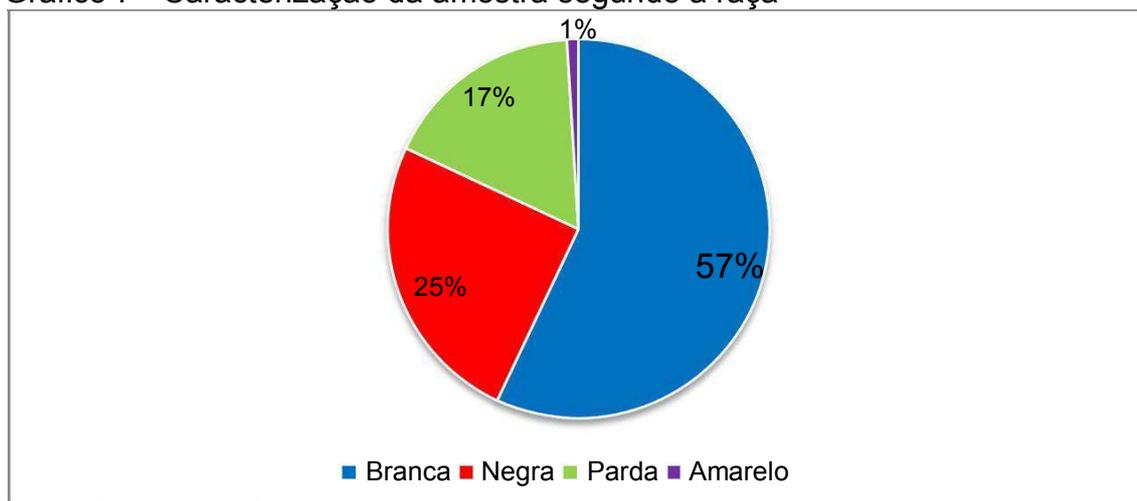
Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

O gráfico 6 nos possibilita perceber que 63% dos entrevistados são casados, 29% viúvos, 5% são solteiros e 3% são separados.

O estado civil do idoso contribui para sua qualidade de vida, é o que nos informa Camarano (2006), pois a ausência de um parceiro para o idoso, em geral, é apontada como sinônimo de abandono e solidão.

Azevedo (2010) analisando mulheres casadas que têm vida sexual ativa, comprovou que grande parte delas mesmo com idade superior a 71 anos, tem relações uma a duas vezes por mês e referem sentir prazer frequentemente. Consideramos, de acordo com esse estudo, que a presença de um parceiro na velhice pode contribuir para que os idosos formem um grupo bem ativo e satisfeito com sua prática sexual.

Gráfico 7 - Caracterização da amostra segundo a raça



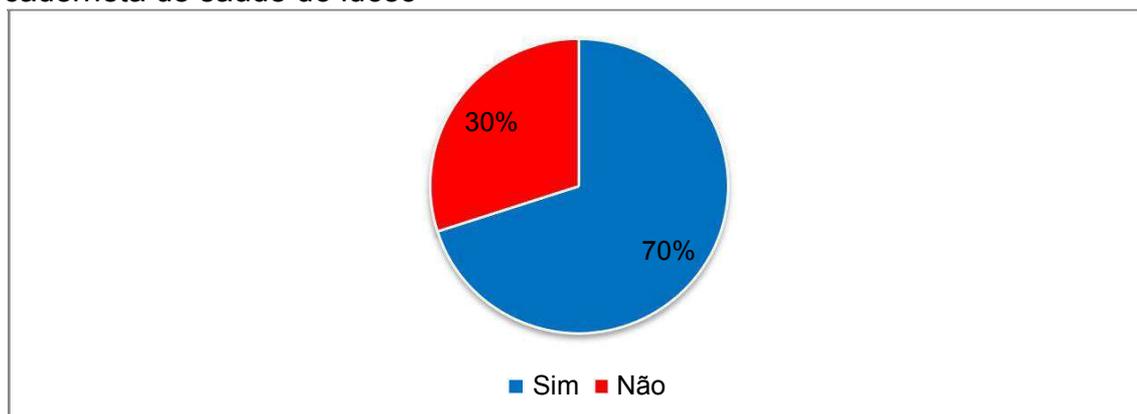
Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Na caracterização da amostra segundo a raça, exposta no gráfico 7, foi verificado que 57% se declararam branca, 25% negra, 17% parda e 1% amarela.

Baseados em Cruz e Lima (1999) pudemos verificar que o predomínio de HAS em indivíduos brancos na amostra contradizendo a idéia de que a HAS é uma doença predominante em pessoas de raça negra, por possivelmente possuir uma falha hereditária na captação de células de sódio e cálcio, assim como na condução renal, o que está relacionado à possível presença de um “(...) gen economizador de sódio que leva ao influxo celular de sódio e ao efluxo celular de cálcio, facilitando deste modo o aparecimento da HAS (...)” (CRUZ; LIMA, 1999, p.03).

5.2 DADOS REFERENTES À CADERNETA DE SAÚDE DO IDOSO

Gráfico 8: Distribuição da amostra segundo os participantes que possuem caderneta de saúde do idoso

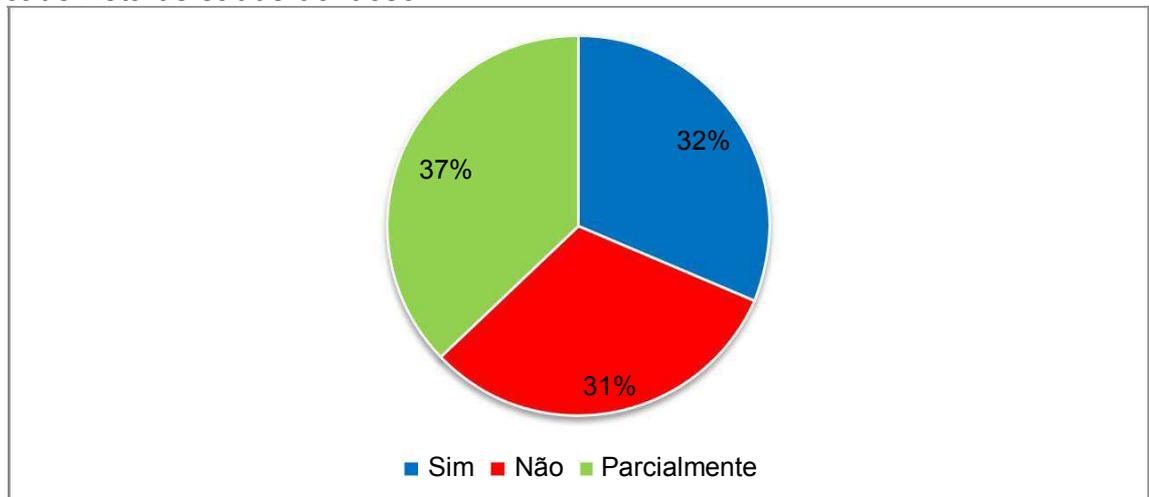


Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

O gráfico 8 nos permite visualizar a distribuição da amostra segundo o fato desta possuir ou não a Caderneta de Saúde do Idoso. Assim, foi possível identificarmos que 70% desses possuíam este instrumento e que 30% não o possuíam.

A Caderneta de Saúde do Idoso é um instrumento de identificação do estado de risco prováveis para a saúde dos idosos. Nela é possível registrar informações acerca da condição de saúde do idoso, o que possibilita aos profissionais o planejamento e organização das ações de prevenção, para então trazer como resultado aos idosos a manutenção da capacidade funcional (BRASIL, 2010).

Gráfico 9 - Distribuição da amostra segundo as informações preenchidas na caderneta de saúde do idoso



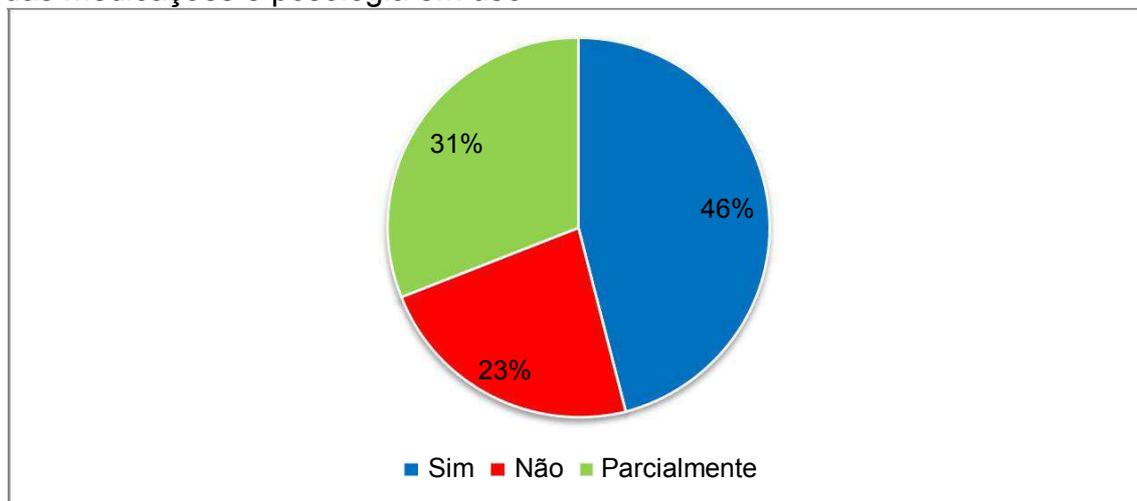
Fonte: Pesquisa de Campo (2011).

A partir do gráfico 9, foi possível avaliar se as informações preenchidas nas Cadernetas de Saúde do Idosos pelos profissionais de saúde estavam realizadas de forma adequada ou não. Entre todos os idosos participantes identificamos que em 37% as cadernetas estavam preenchidas de forma parcialmente correta, 32% das cadernetas estavam preenchidas de forma adequada, e 31% não apresentavam preenchimento adequado.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p.33) a implantação das Cadernetas de Saúde do Idoso foi iniciada nas Equipes Saúde da Família. A disponibilização destas foi integrada a entrega de “um manual de orientação para os profissionais de saúde, que receberam treinamento e capacitação na grande maioria dos municípios, para o correto preenchimento e orientação sobre o manuseio da caderneta”.

5.3 DADOS REFERENTES AO USO DE FÁRMACOS

Gráfico 10 - Distribuição da amostra segundo entendimento do idoso acerca das medicações e posologia em uso

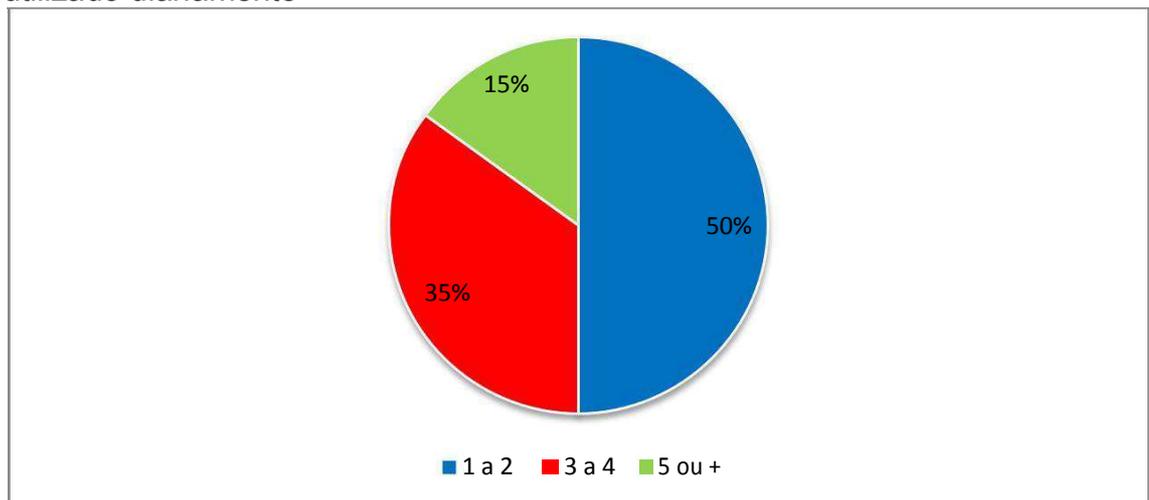


Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

De acordo com os dados expostos no gráfico 10, configuramos por meio da observação passiva que 46% dos entrevistados mostraram ter conhecimentos acerca das medicações e posologia dos fármacos que utilizavam, 31% demonstraram entender com certa dificuldade (parcialmente) e 23% mostraram não possuir esse entendimento. Ao somarmos as escolhas NÃO e PARCIALMENTE, percebemos que 54% dos participantes do estudo mostraram ter alguma dificuldade relacionada ao uso dos fármacos.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a, p.56) relata que a pessoa idosa possui "(...) limitações de compreensão decorrentes da senescência (...)" por isso é necessário ensinar e orientar, adotar esquemas terapêuticos simples e essencialmente maximizar a eficiência terapêutica do medicamento, minimizando o surgimento de eventos adversos. "A complexidade do regime terapêutico, o excesso de medicamentos prescritos, a duração do tratamento, o déficit de informações (...), são alguns dos fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos (...)" (BRASIL, 2006a, p.56).

Gráfico 11 - Distribuição da amostra segundo quantidade de medicamento utilizado diariamente



Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Percebemos por meio do gráfico 11 que 50% da amostra estudada utilizava de 1 a 2 fármacos diariamente, 35% de 3 a 4 fármacos/dia e 15% faziam uso de 5 ou mais medicamentos por dia.

Segundo Borges e Coimbra ([2009?], p. 254), “(...) os idosos consomem, proporcionalmente, a maior quantidade de medicamentos (...)”. Os riscos de interações medicamentosas são intensificados quando ocorre o uso de múltiplas medicações, sendo os indivíduos fracos os mais susceptíveis. Tal situação se agrava pela carência de informes acerca de efeitos dos princípios ativos no organismo do idoso e ainda pelo fato de que o processo do envelhecimento pode mudar a relação do fármaco com o organismo do idoso.

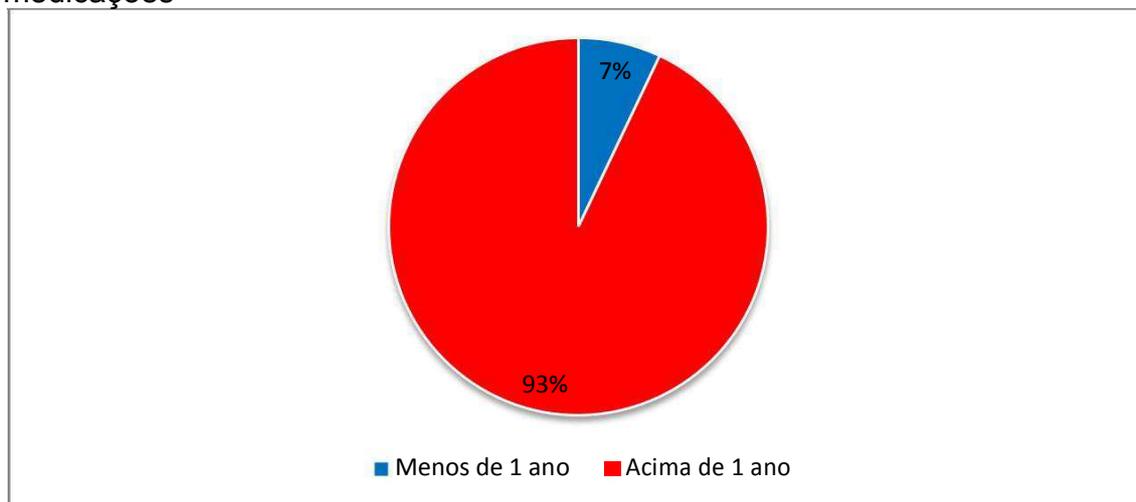
Ainda segundo os mesmos autores acima citados, quando dois fármacos são administrados, é possível acontecer indiferença farmacológica (cada um ocasiona seu resultado almejado), porém podem ocorrer episódios em que eles se interajam e ocasione uma interferência no efeito do outro (potencialização ou antagonismo). Essa interferência pode estar relacionada à disputa pelo mesmo receptor; interferência com a biotransformação e ainda a um fármaco que possa estar provocando o retardo da absorção do outro.

Gorzoni e Passarelli (2006) ressaltam que nem todas as interações resultam em eventos adversos, sendo alguns até desejáveis, como é o caso de alguns fármacos utilizados no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica ou do Diabetes Mellitus. Porém é necessário conhecimento aprimorado, pois existem

as interações potencialmente letais, como por exemplo, a hiperpotassemia acarretada pela associação de captopril e espironolactona.

Benowitz (2010) afirma que no caso da HAS é necessário, na maioria dos pacientes, a utilização de dois ou mais fármacos (polifarmácia), para que cada fármaco desempenhe um mecanismo diferenciado. Vale ressaltar que para a polifarmácia proporcionar vantagens para o paciente é correto à utilização de fármacos de classes diferentes, com mecanismos de ação distintos e padrão diferente de toxicidade.

Gráfico 12 - Distribuição da amostra segundo tempo de uso dessas medicações



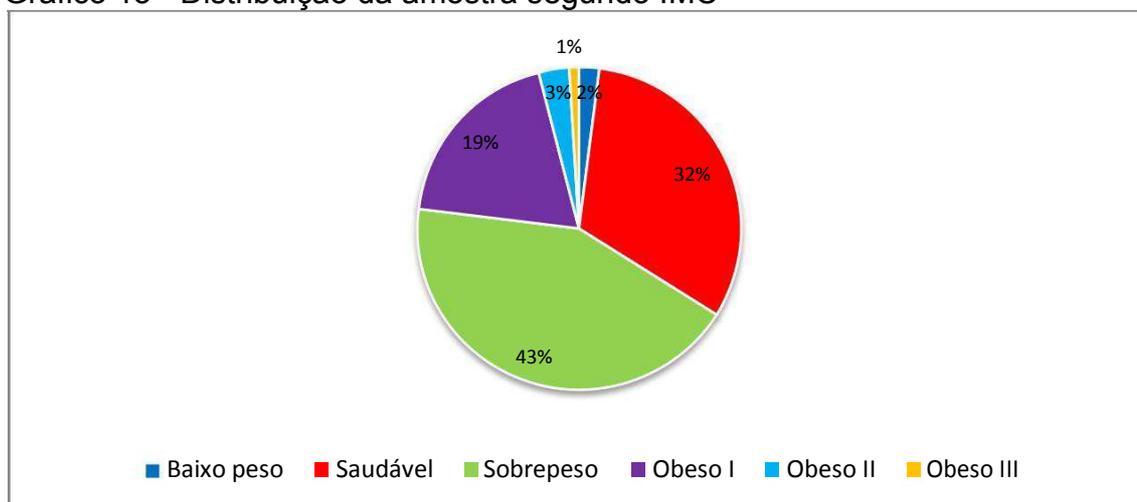
Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

O gráfico 12 ilustra que 93% dos participantes utilizavam os fármacos por período superior a 1 ano e 7% fazia uso por tempo menor de 1 ano.

Baseando-se em Brandão et al. (2006), podemos afirmar que essa amostra não apresenta riscos no que diz respeito ao tempo de uso do fármaco, pois o tratamento da HAS de longo prazo tem benefícios bem definidos e esclarecidos desde os anos de 1950, por estudos diversos nesse campo. Um dos estudos teve tempo de observação de cinco anos, usando-se medicamento da época, os resultados obtidos mostraram uma grande redução de morbimortalidade além de efeitos extremamente favorável aos pacientes tratados.

5.4 DADOS REFERENTES ÀS CONDIÇÕES ATUAIS DE SAÚDE

Gráfico 13 - Distribuição da amostra segundo IMC



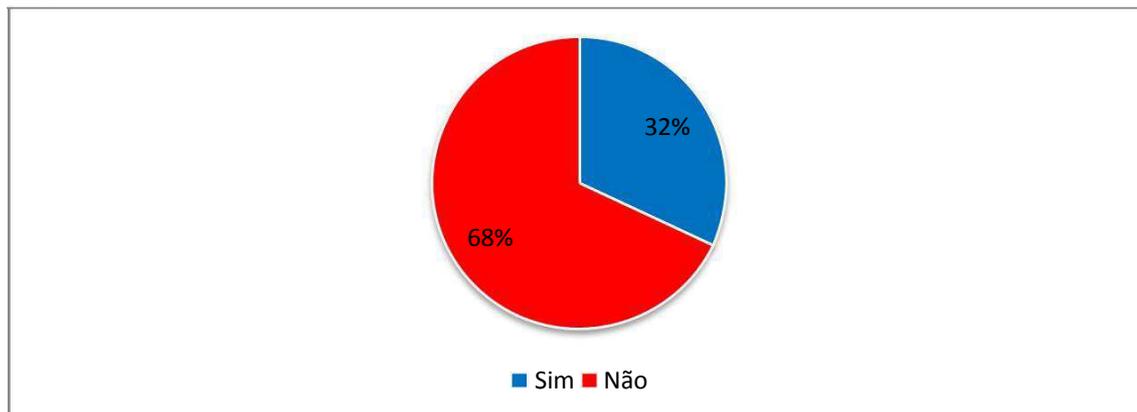
Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

O gráfico 13 nos possibilitou perceber que da amostra analisada 43% apresentava-se sobrepeso, 32% estava com IMC saudável, 23% obesos (sendo que desses: 19% com classe de risco I, 3% com classe de risco II e 1% com classe de risco III). Outros 2% apresentava-se com baixo peso.

Uma parte considerável da nossa amostra (43%) estava com IMC entre 25 a 29,9, o que se assemelha ao estudo realizado por Medeiros (2006) com índice médio de 29,9.

Mesquita (2006) nos informa que o IMC alto, principalmente em pessoas idosas, é fator de risco clássico para complicações da HAS. Ele ainda aumenta as chances dos idosos adquirirem outras co-morbidades como a Diabetes Mellitus, distúrbio de colesterol e triglicérides e ainda o desenvolvimento de aterosclerose.

Gráfico 14 - Distribuição da amostra segundo ocorrência de quedas no último ano

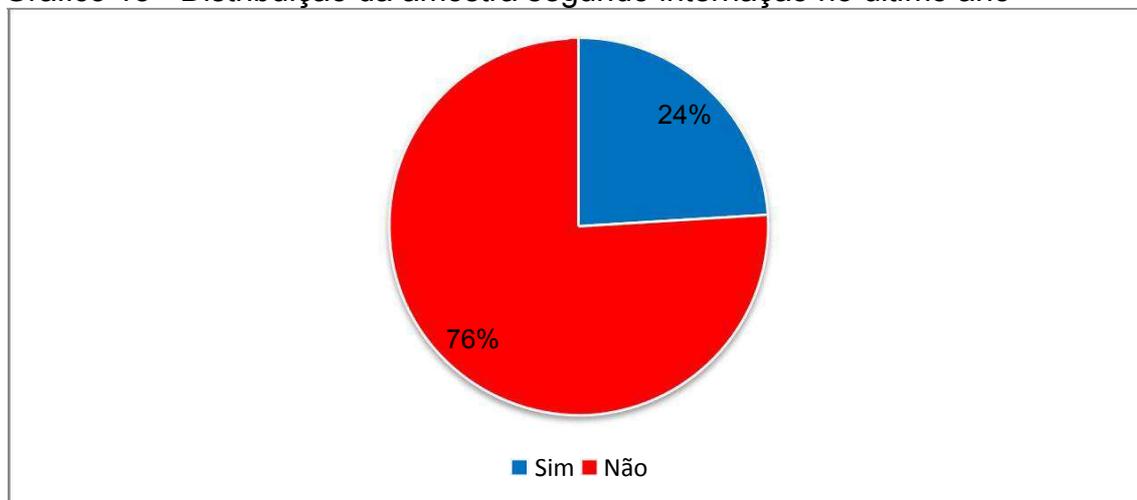


Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Constatamos no gráfico 14 que 68% dos idosos não sofreram quedas no último ano enquanto 32% passaram por esta experiência.

Pereira et al. (2006) afirma que a ocorrência de quedas representa uma grave dificuldade para as pessoas idosas e estão conexas aos índices altos de morbidade e mortalidade. Alega ainda que a capacidade do indivíduo em desempenhar suas tarefas motoras está relacionada à mobilidade, à funcionalidade do indivíduo, a integridade dos sistemas, da função cognitiva, da visão e ainda de outros fatores, contudo essa independência funcional declina com a idade. O que não chega ser ainda o caso da nossa amostra estudada.

Gráfico 15 - Distribuição da amostra segundo internação no último ano

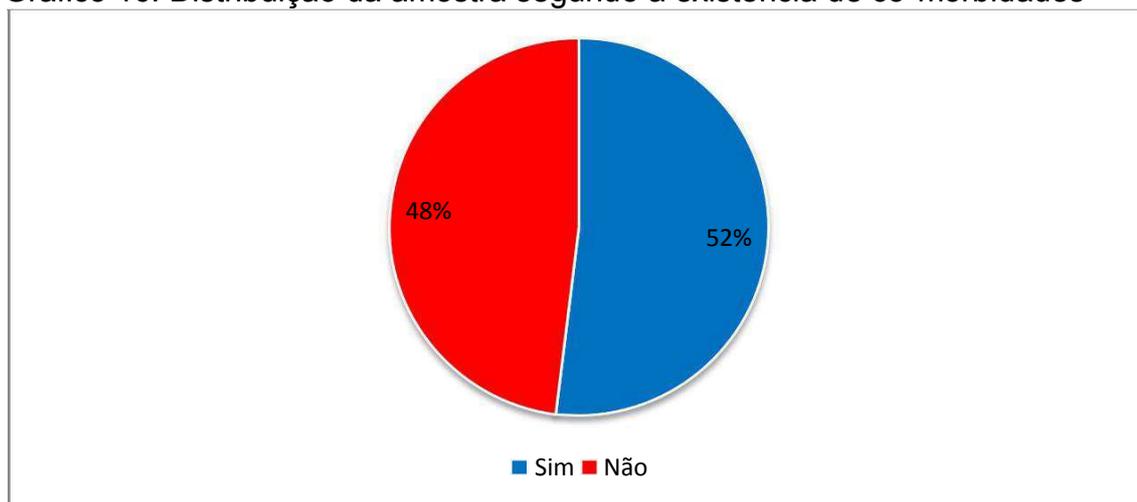


Fonte: Pesquisa de Campo (2011).

O gráfico 15 aponta que a maioria dos idosos hipertensos participantes da nossa pesquisa (76%) afirma não ter sofrido internado no último ano e 24% sim.

Carvalhais e Souza (2007) afirmam que, com a velhice os riscos de hospitalização tendem a aumentar, possivelmente devido à multiplicidade de doenças que acometem esse grupo etário. Esse grupo representa a população que mais utiliza as internações hospitalares, o que a expõe a mais um risco, pois o organismo dos idosos torna-se debilitado devido ao processo de envelhecimento que compromete a imunidade e os deixa suscetíveis a diversas outras patologias.

Gráfico 16: Distribuição da amostra segundo a existência de co-morbidades



Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

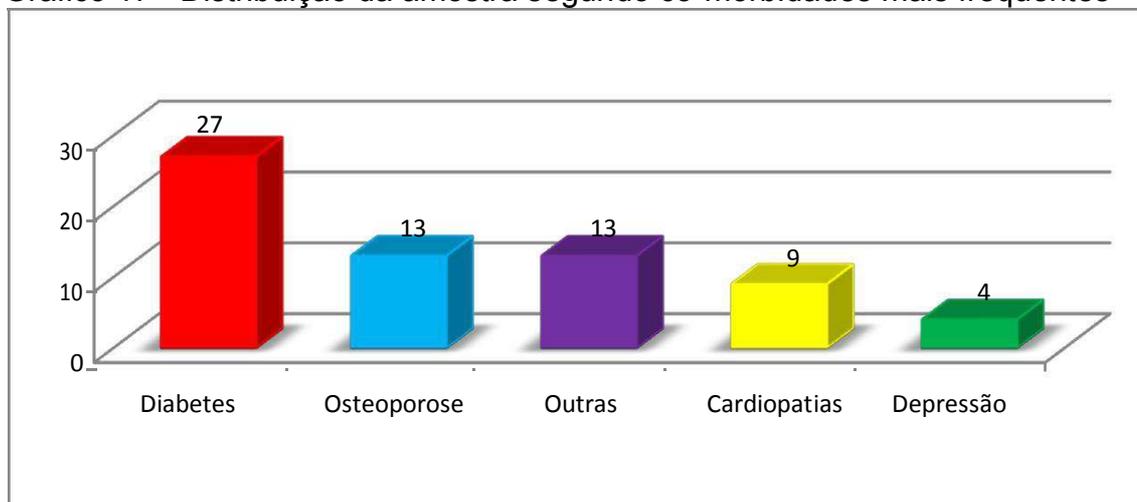
Com a visualização do gráfico 16 foi possível ilustrar que 52% do grupo possui co-morbidades e 48% não.

Fernandes e Lichtenfels (2004) afirmam que as pessoas idosas são, em sua maioria, comumente portadores de múltiplas patologias crônicas, o que as induzem a utilização de vários medicamentos simultâneos. Essa multiplicidade de doenças está relacionada às mudanças e desgastes ocasionados pelo processo de envelhecimento. Em todo organismo ocorre modificações produzidas pela senescência. Com o passar da idade, os sistemas do organismo humano sofrem alterações morfológicas e teciduais, mesmo na ausência de doenças.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) considera que, apesar de certas co-morbidades estarem relacionadas com o envelhecimento, o surgimento destas constitui-se de uma situação que necessita de atenção e coloca esse grupo etário em risco pela possibilidade da indução de um

processo de incapacidade, que conseqüentemente afeta a funcionalidade das pessoas idosas e, por conseqüente, compromete a qualidade de vida desse grupo etário.

Gráfico 17 - Distribuição da amostra segundo co-morbidades mais frequentes



Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

A partir das informações ilustradas no gráfico 17, identificamos que dos 100 idosos portadores de HAS, 27 também eram portadores de diabetes, 13 eram portadores osteoporose, 9 pessoas relataram cardiopatias e 4 depressão. Outras morbidades ainda foram relatadas por 13 idosos.

Zimerman (2000, p.22) afirma que a terceira idade é a época em que as pessoas adoecem com maior frequência e mais facilmente. Segundo ele há quem diga que “(...) o velho é como um vaso de cristal, qualquer coisa trinca”. Na verdade dificilmente você encontra pessoas idosas que não tenham alguma diminuição da visão, audição, força e memória, problemas cardiovasculares, reumáticos ou emocionais.

Camarano (2006) afirma que segundo o IBGE, os tipos de problemas de saúde mais frequentes são: as depressões, diabetes, artrite, reumatismo, cardiopatias, cirrose, bronquites, câncer, tendinites, doenças renais e tuberculoses.

Gráfico 18 - Distribuição da amostra segundo espaço de tempo de visitas domiciliares dos membros da ESF



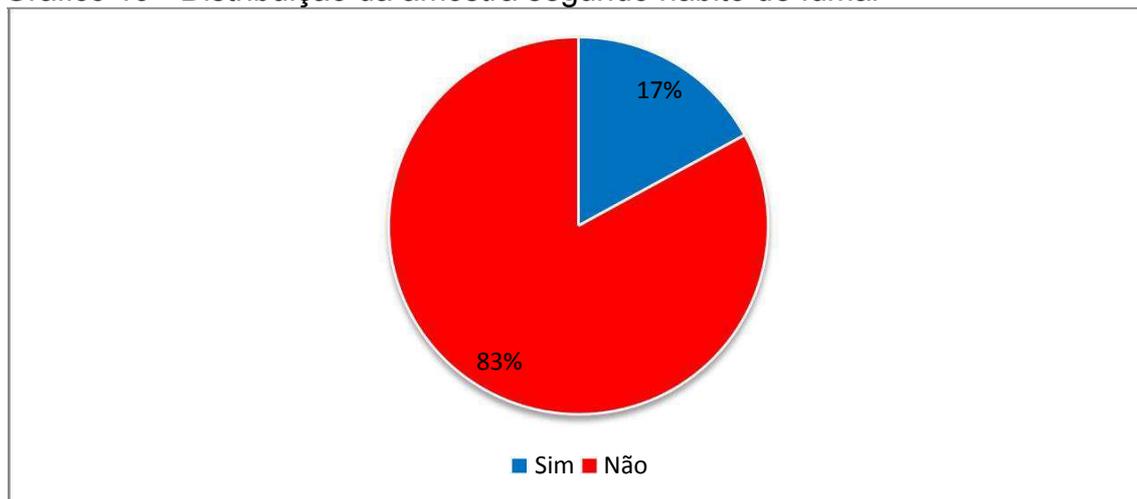
Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

A partir da ilustração do gráfico 18, percebemos que 51% dos idosos entrevistados haviam recebido visita domiciliar de um membro da ESF num espaço de 1 a 6 meses, 30% há menos de um mês, 10% entre 6 meses e 1 ano e 9% fazia mais de 1 ano. Nenhum dos idosos referiu não se lembrar de visitas de algum dos profissionais da ESF no seu domicílio.

Acreditamos que o fato dos participantes da pesquisa relatarem tão frequentemente a visita de algum membro da ESF deva estar ligado às visitas dos agentes comunitários de saúde (ACSs) em suas residências. Andrade et al. (2004) nos informa que esse acompanhamento rotineiro, embora de menor complexidade, possibilita que o trabalho de vigilância e promoção a saúde seja realizado pela ESF de forma eficaz e que a visita domiciliar de outros profissionais passa a ser necessidade quando existe a possibilidade de uma internação domiciliar, busca ativa de casos e faltosos ou ainda o acompanhamento a pacientes crônicos e acamados. Mesmo nesses casos, o vínculo com paciente deve ser mantido pela visita mais frequente do ACS.

5.5 DADOS REFERENTES À DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO HÁBITOS DE VIDA

Gráfico 19 - Distribuição da amostra segundo hábito de fumar

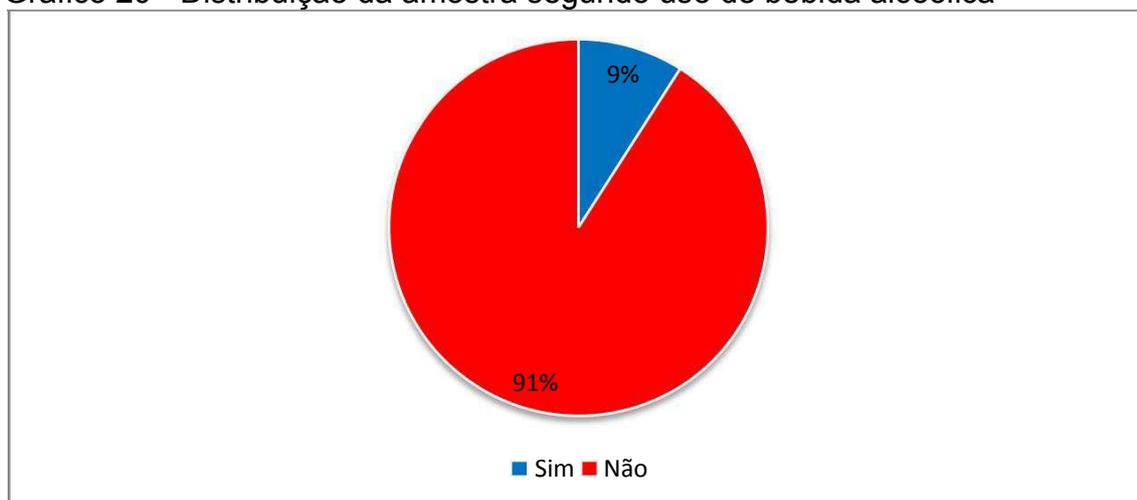


Fonte: pesquisa de campo (2011)

O gráfico 19 tornou possível identificarmos que 83% dos idosos não têm o hábito de fumar e 17% são tabagistas.

Alencar Filho (2006) afirma que não ter o hábito de fumar minimiza os riscos de complicação da HAS que possam comprometer seriamente a saúde desses indivíduos. Segundo ele, o uso do cigarro é incompatível com envelhecimento saudável, além de promover mais rapidamente o declínio do corpo e tem estado nitidamente ligado às causas de mortes mais comuns em idosos, principalmente em pacientes hipertensos. As principais complicações ocasionadas pelo uso do tabaco estão relacionadas ao tempo de exposição durante toda vida.

Gráfico 20 - Distribuição da amostra segundo uso de bebida alcoólica

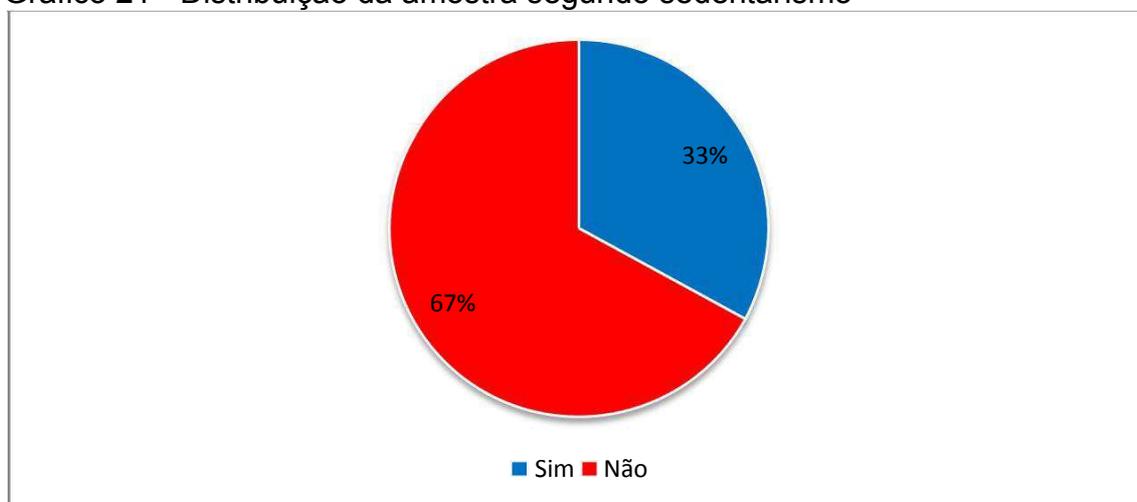


Fonte: pesquisa de campo (2011)

É visualizado claramente pela ilustração do gráfico 20, que 91% da amostra não consumiam nenhum tipo de bebida alcoólica e 9% tinham esse hábito.

Esses dados nos evidenciam que o uso de bebida alcoólica não se caracteriza como um agravante na nossa amostra, o que contribui para minimizar os fatores de risco do nosso grupo, pois segundo Soibelmam, Luz Junior e Diemen (2004, p.540) o hábito de ingerir bebidas alcoólicas pode comprometer e causar danos a saúde dos indivíduos e ainda agravar quadros e acarretar complicações. “Esses danos podem ser físicos (como nos casos da hepatite alcoólica) ou mentais (p.ex., episódios de transtorno depressivo secundários a um grande consumo de álcool)”.

Gráfico 21 - Distribuição da amostra segundo sedentarismo



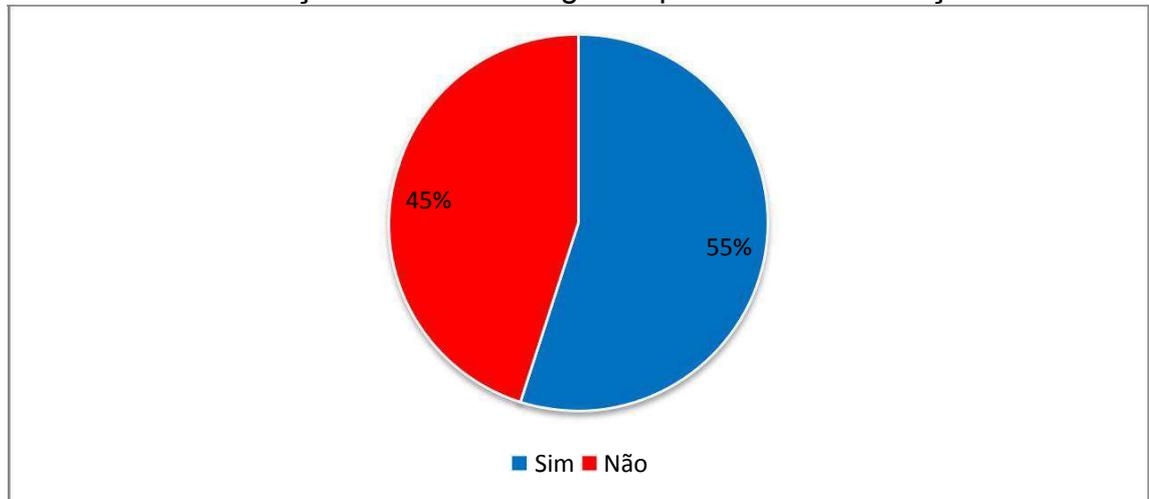
Fonte: pesquisa de campo (2011)

O gráfico 21 esclarece que 67% da amostra não praticam atividades físicas regulares e 33% sim.

Stein e Ribeiro (2004, p.512) afirmam que a prática de atividade física regular, principalmente entre os hipertensos contribui para tratamento HAS, pois “(...) reduz a pressão arterial sistólica e a diastólica em média 5 a 3 mmHg (...)”. Além de contribuir para prevenção, controle e tratamento de varias patologias ainda ajuda a reduzir o ritmo do envelhecimento. Baseados nisso podemos dizer que a maioria da nossa amostra deixa de ser beneficiada com um melhor bem-estar e ainda têm riscos aumentados de desenvolver comorbidades, por consequência do sedentarismo.

Segundo o Ministério da Saúde “a pessoa que deixa de ser sedentária diminui em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares, (...) demonstrando que uma pequena mudança no comportamento pode provocar grande melhora na saúde e qualidade de vida” (BRASIL, 2006a, p. 22).

Gráfico 22 - Distribuição da amostra segundo prática de alimentação saudável



Fonte: pesquisa de campo (2011)

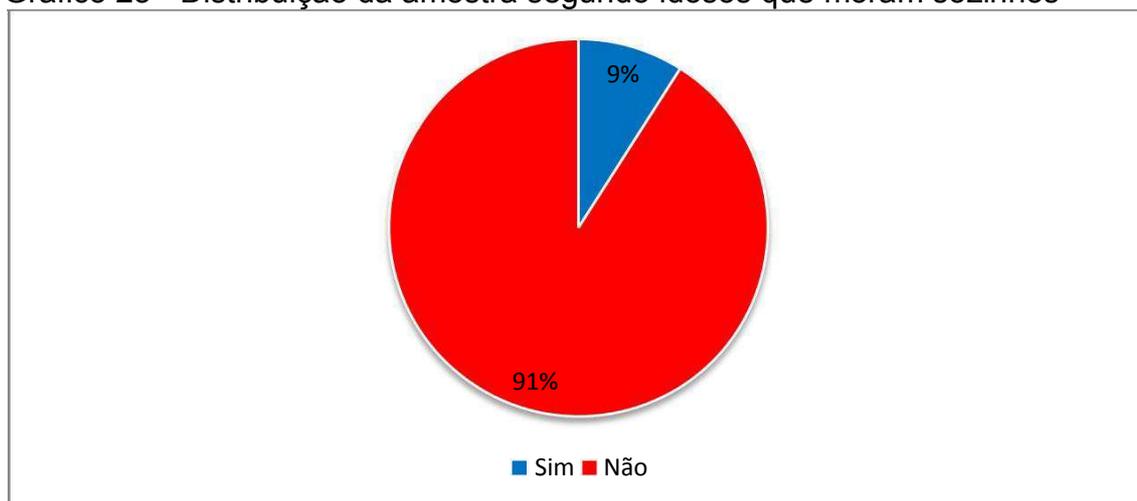
O gráfico 22 indica que 55 % dos idosos hipertensos afirmaram praticar uma alimentação saudável e outros 45% não.

A partir desses dados, podemos considerar que a maior parte (55%) da amostra tem cuidados especiais com alimentação, sendo este um bom fator para a saúde da nossa amostra, pois tanto a carência como o excesso alimentar traz influência e subsídios impresumíveis sobre o desenvolvimento de patologias e sua combinação com HAS e envelhecimento podem acentuar os riscos e comprometer o ciclo vital do indivíduo (DUNCAN, et al., 2004).

Esse cuidado com alimentação é essencial, pois segundo Borges e Coimbra ([2009?]) o IMC tende a aumentar com o processo de envelhecimento, possivelmente pela diminuição da mobilidade, redução da prática de exercício físico, aumento progressivo da massa de gordura corporal, modificações dos hábitos alimentares e ainda alterações endócrinas.

5.6 DADOS REFERENTES À DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL

Gráfico 23 - Distribuição da amostra segundo idosos que moram sozinhos

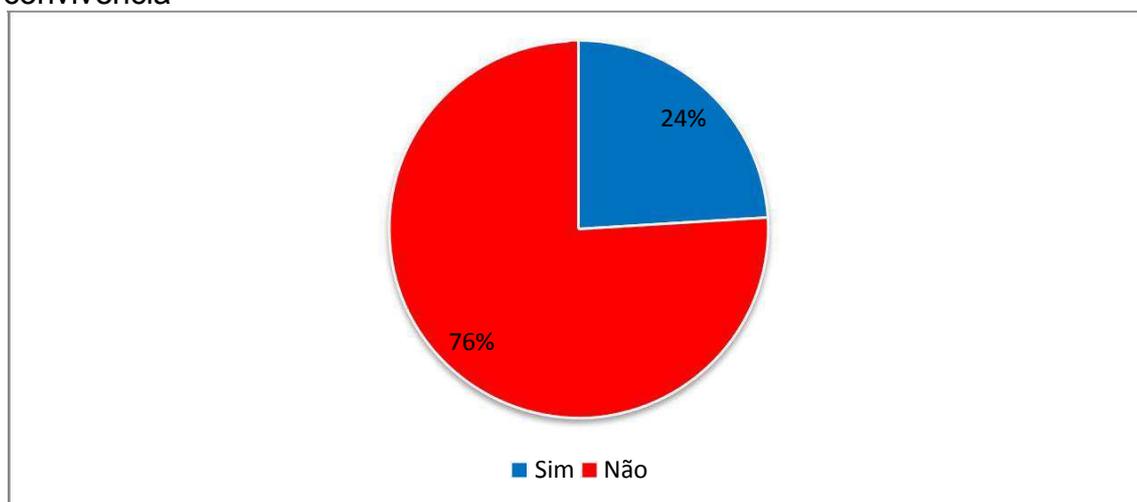


Fonte: pesquisa de campo (2011)

O gráfico 23 nos possibilita afirmar que 91% dos idosos participantes da nossa pesquisa residem com algum familiar e 9% dos entrevistados moram sozinhos

Os dados obtidos nos levam a considerar que a maioria da nossa amostra também conta mais um determinante positivo para seu bem-estar: a presença de membros da família em seu cotidiano. Essa convivência familiar é de extrema importância em todas as etapas da existência, no caso dos idosos a família tem o dever de contribuir para que esses passem a viver mais e melhor (ZIMERMAN, 2000).

Gráfico 24: Distribuição da amostra segundo participação em grupos de convivência

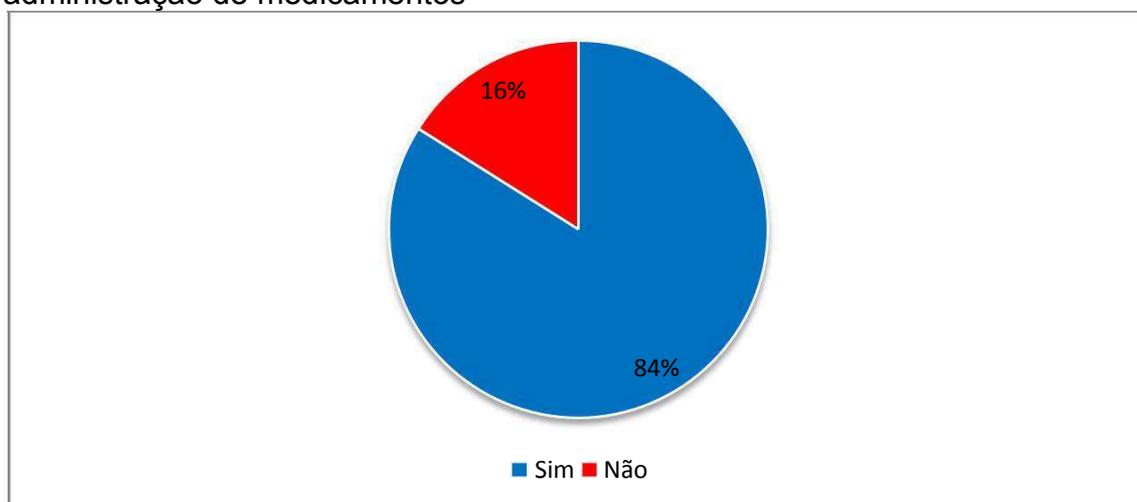


Fonte: pesquisa de campo (2011)

O gráfico 24 nos ilustra que 76% dos idosos pesquisados não fazem parte de grupos de convivência para idosos e 24% da amostra frequenta esse tipo de suporte social.

Neste ponto podemos avaliar que a maioria dos participantes (76%) não possui vínculos com qualquer grupo social. Esses dados nos apontam para os riscos de diminuição do contato social e crise de identidade que possam vir a atingir os idosos da pesquisa. A convivência social possibilita a excitação do ato de pensar, fazer, trocar, aprender, (...) “uma troca permanente de afeto, de carinho, de idéias, de sentimentos, de conhecimento, de dúvidas”, (...) além de fazer “com que nos sintamos pertencer a algo, a alguém, ter importância ao desenvolver este ou aquele papel” (...) (Zimerman, 2000. p. 34).

Gráfico 25 - Distribuição da amostra segundo capacidade para auto-administração de medicamentos



Fonte: pesquisa de campo (2011)

A construção do gráfico 25 nos possibilitou interpretar que 84% da amostra sentem-se capazes de fazer uso de sua medicação sozinha e 16% não.

Caldas (2003) relata que a prevalência no idoso de patologias crônicas que causam incapacidades está relacionada ao envelhecimento, e tem ganhado um grande destaque na saúde pública. A conservação da capacidade funcional de idosos tem sido um dos objetivos mais importantes das políticas públicas de saúde. Essas incapacidades comprometem o desempenho das atividades que garantem o bem-estar do idoso, tais como: o uso das medicações e atividades básicas (banho, comer, andar).

Gráfico 26 - Distribuição da amostra segundo auxílio para uso da medicação



Fonte: pesquisa de campo (2011)

A partir do gráfico 26, identificamos que 77% dos idosos não recebem auxílio para o uso de sua medicação e 23% são auxiliados por algum familiar no seu domicílio.

Para Silvestre e Costa Neto (2003) os familiares devem ser aqueles que se comprometem com a dinâmica e manutenção da saúde do idoso. Devem disponibilizar-se e oferecer suporte na forma de amor, afeição, preocupação e assistência, além de garantirem a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso. De forma que promovam a participação do idoso na comunidade, a proteção da dignidade da pessoa idosa, seu bem-estar e direito à vida.

Ainda para os mesmos autores acima citados, as pessoas que não contam com esse suporte tendem a proporcionar maior dificuldade para suportar o estresse, com as mudanças que ocorrem no organismo humano (muscular, ósseo, nervoso, circulatório, pulmonar, endócrino e imunológico) decorrentes do processo de envelhecimento, o que compromete seu bem-estar e induzir ao comprometimento das atividades desempenhadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo desse momento é apresentar aqui os entendimentos alcançados por meio da conclusão do estudo HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: uma avaliação da condição de saúde dos idosos acompanhados no programa HIPERDIA na Estratégia Saúde da Família.

Consideramos assim, a partir do que constatamos com a análise e discussão dos dados apresentados no capítulo anterior que a maior parte da nossa amostra encontrava-se na faixa etária entre 71 a 84 anos, eram do sexo feminino, de raça branca, aposentados, não-fumantes, não-etilistas e com bons hábitos alimentares. Nossos idosos ainda encontravam-se predominantemente sedentários, com nível de escolaridade de até 4 anos de estudo, e o diabetes era a principal co-morbidade, com IMC classificado como sobrepeso. Os idosos hipertensos pesquisados apresentavam-se possuidores das Cadernetas de Saúde do Idoso, fazendo uso de 1 a 2 fármacos diários há mais de um ano, com certas dificuldades no que diz respeito ao uso dessas medicações.

Entendemos que a predominância de uma faixa etária alta, acompanhada na sua maior parte por co-morbidades representam um maior risco de incapacidades e dependência desses idosos. Esse é um grupo etário que necessita de suporte familiar, social e assistência à saúde vinculada ao objetivo de proporcionar uma boa qualidade de vida com a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional pelo maior tempo possível.

Também consideramos importante ressaltar o predomínio das pessoas do sexo feminino na amostra. Esse dado torna evidente a dificuldade da assistência à saúde do homem, bastante debatido hoje no campo da saúde pública, onde combate-se a resistência dos homens em buscarem menos assistência à saúde. O predomínio feminino na amostra não nos permite afirmar que a HAS é uma doença que atinge principalmente as pessoas do sexo feminino, já que a assiduidade dos homens nas Equipes Saúde da Família os deixam na condição de um subdiagnóstico.

A aposentadoria e o nível de escolaridade são dois fatores que podem comprometer o bem estar e a qualidade de vida desse grupo etário. A aposentadoria, por provocar sentimentos diversos relacionados à inutilidade e

exclusão e, o nível de escolaridade, por tornar esses sujeitos alheios ao conhecimento, entendimento e desempenho de algumas atividades determinantes, como por exemplo, um tratamento farmacológico que necessita da leitura para reconhecer o fármaco a ser tomado.

No que diz respeito ao uso de fármacos, podemos concluir com este trabalho que a maioria (54%) demonstrou ter alguma dificuldade na prática dessa atividade. Esse estudo nos apontou a presença de um sujeito dependente, que conhece os fármacos pelas embalagens, pela cor e pelo tamanho, forjando assim uma falsa independência (84% diz sentir-se capaz da auto-administração) e, no entanto, sente necessidade de ajuda para lembrar os horários dos medicamentos.

Essa situação deve vir à tona para todos os profissionais de saúde, pois não existe um padrão de embalagens para diversos laboratórios farmacêuticos, aumentando assim as chances de erros na tomada das medicações pelos idosos aqui pesquisados. Baseados nessa descoberta, acreditamos que cabe aos profissionais procurarem um meio de lidar com essa situação, já que os riscos de comprometer a saúde dos pacientes são bem claros.

Concluimos também, a partir dessa situação, que os profissionais devem estar preparados para lidar com as dificuldades enfrentadas pelos idosos. Aqueles devem compreender que a prescrição de medicamentos é muito mais que escolher fármacos e fazer receitas, mas que faz parte dela tratar os idosos de acordo com suas individualidades, buscando diminuir cada vez mais os riscos de complicações como reações adversas e interações medicamentosas que podem comprometer seriamente a vida dos indivíduos.

Faz-se necessário que os profissionais orientem da melhor forma critérios como horários a serem seguidos, quantidade e cuidados específicos a serem tomados que devem ser explícitos da forma mais clara possível, lembrando o juramento com a vida dos pacientes que assistimos.

Outro ponto que deve aqui ser citado e discutido é o preenchimento das Carteiras de Saúde do Idoso. Percebemos que a maioria tinha o seu preenchimento feito de forma inadequada. O Ministério da Saúde ressalta que esses instrumentos devem possuir informações que sejam fontes para o direcionamento do plano de intervenção dos idosos. Podemos justificar essa

falha pela sobrecarga de trabalho das Equipes Saúde da Família, além das inadequadas condições de trabalho encontradas na Unidade Básica Saúde da Família que serviu de local de estudo, tanto para os que lá trabalham quanto para os que lá procuram assistência.

Por fim, compreendemos que o nosso objetivo de avaliar as condições de saúde de idosos hipertensos acompanhados no programa HIPERDIA na Estratégia Saúde da Família, foi plenamente alcançado, bem como nossos objetivos específicos que tratavam da caracterização da situação socioeconômica do grupo, ao mesmo tempo em que verifica suas condições de saúde e identificávamos o conhecimento dos idosos sobre a posologia da medicação de seu uso diário.

Ao término de todas essas descobertas, afirmamos que nossa hipótese de que grande parte dos idosos realizava o uso de fármacos prescritos no programa HIPERDIA de forma incorreta, foi confirmada.

Por chegarmos aqui cientes que nossa amostra constituiu-se de um grupo etário sensível a múltiplas patologias devidas ao envelhecimento do corpo humano e exposta à fatores de risco como sedentarismo (67%) e obesidade (43%), associados a HAS e que estes podem comprometer o bem-estar e a qualidade de vida desses idosos é que consideramos notória a necessidade de uma melhor assistência por parte da equipe multiprofissional, bem como da melhoria das condições estruturais da UBSF que os assiste.

Esperamos que esse estudo venha a servir de algum modo para embasar outros trabalhos que abordem esta temática ainda que possibilite de qualquer maneira mudanças nas práticas das ESF pesquisadas.

Aclarados esses pontos, recomendamos como plausíveis e importantes temas para pesquisas futuras: o diagnóstico precoce HAS em homens, a adesão do idoso ao tratamento e o incentivo da participação dos idosos nos grupos de convivência.

REFERÊNCIAS

ALENCAR FILHO, A. C. de. Tabagismo e o Idoso. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ANDRADE, L. O. M de. et al. Estratégia Saúde da Família In:DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseado em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: o que você precisa saber sobre o sistema único de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2008.

AZEVEDO, A. L. L. **Sexualidade feminina na terceira idade: Uma abordagem da qualidade de vida num grupo de convivência de idosos**. Monografia (Graduação em enfermagem) Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró. Mossoró, 2010.

BENOWITZ, N. L. Agentes anti-hipertensivos. In: KATZUNG, B. G. **Farmacologia básica e clínica**. 10. ed. Porto Alegre: AMGH, 2010.

BERNE, R. M.; LEVY, M. N. **Fisiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

BRANDÃO, A. P. et al. HIPERTENÇÃO ARTERIAL NO IDOSO. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988, com alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 42/2003 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília. Senado Federal. Secretaria de Edições Técnicas, 2004. 436p.

BRASIL. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. **Dispões sobre a política nacional do idoso, cria o conselho nacional do idoso e determina outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Disponível: em:<http://www.portweb.com.br/especiaisspw/terceira_idade/lei8842.htm>. Acesso em 05 set. 2010.

BRASIL.Ministério da Saúde.Resolução de 196/96 do Conselho Nacional da Saúde.**Diretrizes para pesquisas com seres humanos**. 1996. Disponível <http://www.portweb.com.br/especiaisspw>> Acesso em: 6 set. 2010.

BRASIL.Ministério da Saúde.Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível: em:<http://www.portweb.com.br/especiaisspw/terceira_idade/lei.10.741htm> acesso em 05 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <[www.http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[www.http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf> Acesso em: 22 nov. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.dab.saude.gov.br>> Acesso em: 22 nov. 2010.

BRUM, A. K. R. **Fisiopatologia Básica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BORGES, A. P. A. COMBRA, A. M. C. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio Janeiro: Fio Cruz, [2009?].

BUXTON, I.L. Farmacocinética e Farmacodinâmica: A dinâmica da absorção, distribuição, ação e eliminação dos fármacos. In: BRUNTON, L.L. LAZO, J.S. PARKER, K.L. **Goodman e Gilman: As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 11.ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2006.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Pública** v.19, n.3, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300009&script=sci_arttext> Acesso em: 08 nov. 2010.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CARVALHAIS, M. SOUSA, L. Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.** v°9 n°3, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a04.htm>> acesso em: 12 maio 2011

CARVALHO, L. A. C. **Aos Olhos da Velhice**. Da História dos Programas e Políticas ao Estatuto do Idoso. São Paulo: Instituto de Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.revispsi.instaude.br/v10n2/artigos/pdf/v10n2a12.pdf>> acesso em: 15 out. 2010.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **SUS: Sistema Único de Saúde** Comentários à Lei Orgânica da Saúde Leis N°8.080/90 e N°8.142/90. 4. ed. Campinas: Unicamp, 2006.

COELHO FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000400012> Acesso em 08 nov. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 311/2007. **Revoga a Resolução COFEN nº. 240/2000 e aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. 2007. Disponível em: <<http://corensp.org.br/072005/legislacoes/anexos/resolucao-cofen-311-2007-codigo-etica.pdf>> Acesso em: 10 set. 2010.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: Políticas e organização de serviços**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K. ; BACHION, M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta Paul Enferm**, Jardim Guanabara, v. 19 n.1, jan. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a07v19n1.pdf>> acesso em: 08 nov. 2010.

COSTA, E. F. de A. et al.; Semiologia do Idoso. In: PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia Médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CRUZ, I. C. F.; LIMA, R. Etnia negra: um estudo sobre a hipertensão arterial essencial (hae) e os fatores de risco cardiovasculares. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 7, n1, p. 35-44, 1999. Disponível em: http://200.144.0.24/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pop_negra/hipertensao_arterial.pdf acesso em: 12 maio, 2011.

DUNCAN, M. S., et. al. Diretrizes alimentares e nutricionais para prevenção de doenças crônicas no adulto. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R.J. **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseado em Evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FERNANDES, E. de O.; LICHTENFELS, P. O manejo clínico do paciente idoso. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseado em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FONTINELE JUNIOR, K. **Programa Saúde da Família (PSF): Comentado**. 2. ed. Goiana: AB, 2008.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FUCHS, F. D. Hipertensão Arterial Sistêmica. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, Elsa R.J. **Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseado em Evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GIACOMINI, K.M.; SUGIYAMA, Y. Transporte de membrana e resposta a substâncias terapêuticas. In: BRUNTON, L. L.; LAZO, J. S.; PARKER, K. L. **Goodman & Gilman: As bases Farmacológicas da Terapêutica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2007.

GORZONI, M. L. PASSARELLI, C. G. Farmacologia e Terapêutica na Velhice. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. **Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M.; **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6.ed. São Paulo: atlas, 2007.

MEDEIROS, A. R. C. **Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo em Unidade de Saúde da Família de João pessoa - PB**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal da Paraíba– João Pessoa, PB, 2006. Disponível em: <http://www.ccs.ufpb.br/ppgeold/dissertacoes2006/dissertacaoamirarose.pdf> acesso em: 12 maio, 2011.

MESQUITA, C. T. Medicina nuclear em geriatria: aplicações clínicas em cardiologia. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

METZE, K. Artérias, Veias e Linfáticos. In: BASILEIRO FILHO, G. **Bogliolo Patologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

OATES, J. A. A ciência da farmacoterapia In: BRUNTON, L. L.; LAZO, J. S.; PARKER, K. L. **Goodman & Gilman: As bases Farmacológicas da Terapêutica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2007.

ODONI, A. A. C. et al. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2. mar./abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a05.pdf> >. Acesso em: 10 nov. 2010.

OHARA, E. C. C; SAITO, R. X. S. (Org). **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003. apoud: BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível

em:<[www.http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf)
>. Acesso em: 22 nov. 2010.

PESSINI; L. BARCHIFONTAINE, C. de. (Org.). **Bioética e longevidade humana**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; ed. Joyote, 2006.

PEREIRA, L. S. M. et al. Fisioterapia em Gerontologia. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

POLIT, D. F.; BECKR, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos e pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia Médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RICCHARDSON, R. J, **Pesquisa Social: métodos e técnicas**.3. ed. São Paulo : Atlas, 2010.

RUMEL, D. et al. Condições de Saúde da População Brasileira. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, Elsa R.J. **Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseado em Evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RODRIGUES, C. R. F.; ZIONI, F. Família como Foco na Atenção à Saúde: Perspectiva da saúde da família In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. de S. (Org.) **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2010.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J.; Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SCHOEN, F. Os vasos Sanguíneos. In: KUMAR, V.; ABBAS, A. K. FAUSTO, N. **Robbins e Contran: Patologia-Bases Patológica das Doenças**. 7.ed. [Rio de Janeiro]: Elsevier, [2005].

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. Obesidade. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseado em evidências**. 3. ed.Porto Alegre: Artmed, 2004.

SILVESTRE, J. A. ; COSTA NETO, M. M. da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Rio de Janeiro: **Cad.Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 3 maio/jun. 2003. Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X2003000300016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 09 set. 2010.

SOIBELMAN, M.; LUZ JUNIOR, E.; DIEMEN, L. V. Problema relacionado ao consumo de álcool. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R.J.

Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseado em evidências. 3.ed.Porto Alegre: Artmed, 2004.

SMELTZER, S.C; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth:** Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. v.2

SPRITZER N. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.29, p. 199-213, abr./set. 1996. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/1996/vol29n2e3/epidemiologia_hipertensao_arte_rial_sistemica.pdf acesso em: 12 nov. 2010

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 89, n. 3, p.24-79, 2007. Disponível em: <http://www.clinicacoracao.com.br/arquivos/item282.pdf> acesso em 12 nov. 2010

STEIN, R. RIBEIRO, J. P.; Atividade Física e saúde. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R.J. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseado em evidências. 3. ed.Porto Alegre: Artmed, 2004.

TADDEI, C. F. G.; GRESPAN, S. M.; Mudanças no estilo de vida na prevenção da doença aterosclerótica-uma reflexão. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

VANDERVOORT, A. A. Alterações biológicas e fisiológicas. In: PICKLES, et al. **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo: Santos, 2000.

VERAS, R. P.; CALDAS C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2. 2004. Disponível em <http://www.scielosp.org> > Acesso em: 03 nov. 2010.

VIANA, A. L. D. DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.**Physis**, v.15. 2005. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>>Acesso em: 20 set. 2010.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice:** aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por meio do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu _____, me disponho em participar da pesquisa “**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**: uma avaliação da condição de saúde dos idosos acompanhados no programa HIPERDIA na Estratégia Saúde da Família” sob a responsabilidade da pesquisadora Jussara Vilar Formiga e a participação da pesquisadora Sâmia Maciel Costa. Afirmo que a minha aceitação para participar da pesquisa se deu após ter sido informado (a) pelas pesquisadoras de modo claro e detalhado quanto a justificativa da Pesquisa que relaciona-se ao fato de que muitos idosos fazem algum tipo de tratamento farmacológico, sendo mais frequente o tratamento para Hipertensão Arterial Sistêmica, mas também foi observado ao longo da vida acadêmica que em sua maioria sempre ocorreram relatos de algum fator como empecilho na hora da medicação.

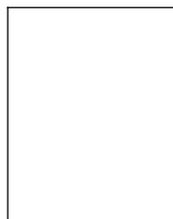
Fui ainda comunicado que o objetivo da pesquisa é avaliar as condições de saúde de idosos hipertensos acompanhados no programa HIPERDIA na Estratégia Saúde da Família, por meio da utilização de um formulário, com perguntas fechadas, para obtenção das informações. Tenho liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa e de participar ou não da mesma, tendo garantido essa liberdade sem quaisquer represálias. Também me foi dada a opção de remover meu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum tipo de penalidade ou perda;

Estou ciente do fato que o estudo não me apresenta nenhum risco aparente, exceto pelo fato de um possível constrangimento caso eu tenha alguma dúvida durante a realização dos questionamentos. Fui avisado que não serei identificado (a) e que se manterá o caráter secreto das informações relacionadas com a minha privacidade, a proteção da minha imagem e a não-estigmatização.

Jussara Vilar Formiga
Pesquisadora Responsável- (84) 9627-3276

Sâmia Maciel Costa

Pesquisadora Participante- (84) 8736-8729



Participante da Pesquisa/Testemunha

Mossoró-RN, ____ de _____ de 2011.

Endereço (Setor de Trabalho) da Pesquisadora Responsável:
Av. Presidente Dutra, 701 Bairro: Alto de São Manoel – Mossoró/RN
CEP: 59.628-000 Fone/Fax: (084) 3312-0143
e-mail: jussaravilar@facenemossoro.com.br

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa
R. Frei Galvão, 12 Bairro: Gramame – João Pessoa/PB
CEP: 58.000-000 Fone: (083) 2106-7792
e-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B- FORMULÁRIO

FORMULÁRIO

1) IDENTIFICAÇÃO

a) **Idade:** () 60 a 65 anos () 66 a 70 anos () 71 a 84 anos () 85 ou +

b) **Sexo:** () Masculino () Feminino

c) **Aposentado:** () Sim () Não

d) **Nível de Escolaridade:** () Analfabeto () até 4 anos () 4-8 anos () 8 anos ou+

e) **Estado Civil:** () Casado () Solteiro () Viúvo () Separado

f) **Raça:** () Branca () Negra () Parda () Amarelo

g) **Possui Caderneta do Idoso:** () Sim () Não

Se sim: Caderneta possui informações preenchidas de forma completa?

h) **Paciente sabe dizer quais medicamentos toma e sua posologia, comparando-se com os dados do Cartão do Idoso?**

() Sim () Não () Parcialmente

i) **Nº de pessoas na residência:** _____

Renda familiar:

Renda per capita: _____

2) CONDIÇÕES ATUAIS DE SAÚDE

a) **Peso:** _____ **Altura:** _____ **IMC:** _____

b) **Ocorrência de quedas no último ano?** () Sim () Não

c) **Internação no último ano?** () Sim () Não

d) **Além de HAS, outra co-morbidade:** () Sim () Não

Se sim qual?

e) **Quantos tipos de medicamentos o Sr (a) usa diariamente?**

() 1 a 2 () 3 a 4 () 5 ou +

f) **Quanto tempo faz que o Sr (a) faz uso dessas medicações?**

() menos de um mês () 1 a 6 meses () 6 e 1 dia a 1 ano () acima de 1 ano

g) Há quanto tempo foi sua última consulta médica?

menos de um mês 1 a 6 meses 6 e 1 dia a 1 ano acima de 1 ano

Não lembra

h) Há quanto tempo foi à última visita dos profissionais da ESF a sua residência?

menos de um mês 1 a 6 meses 6 e 1 dia a 1 ano acima de 1 ano

Não lembra

3) HÁBITOS DE VIDA

a) Fuma? Sim Não

b) Bebe? Sim Não

c) Realiza atividade física: Sim Não

d) Prática um alimentação saudável? Sim Não

4) SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL:

a) O Sr Mora Sozinho? Sim Não

b) Participa de algum grupo de convivência para idosos? Sim Não

c) Sente-se capaz de tomar sua medicação sozinho? Sim Não d)

Recebe auxílio para o uso da medicação, de quem?

Não, sozinho.

Sim, com familiar no domicílio

Sim, com familiar que não reside no domicílio

Sim, com contato domiciliar sem vínculo familiar

Outros

APÊNDICE C - TABELAS

IDENTIFICAÇÃO

Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo idade

IDADE	Nº ABSOLUTO	100%
60 a 65 anos	25	25%
66 a 70 anos	31	31%
71 a 84 anos	38	38%
85 ou +	6	6%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Tabela 4 - Caracterização da amostra segundo sexo

SEXO	Nº ABSOLUTO	%
Masculino	29	29%
Feminino	71	71%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Tabela 5 - Caracterização da amostra segundo aposentadoria

APOSENTADO	Nº ABSOLUTO	%
Sim	85	85%
Não	15	15%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo renda per capita.

RENDA PER CAPITA	Nº ABSOLUTO	%
Ate 70,00	03	03%
70,01 a 140,00	12	12%
Acima de 140,01	85	85%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

Tabela 7 - Caracterização da amostra segundo nível de escolaridade

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	Nº ABSOLUTO	%
Analfabeto	25	25%
Até 4 anos	58	58%
4-8 anos	13	13%
8 anos ou +	04	04%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Tabela 8 - Caracterização da amostra segundo estado civil

ESTADO CIVIL	Nº ABSOLUTO	%
Casada	63	63%
Solteira	05	05%

Viúva	29	29%
Separada	03	03%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Tabela 9 -Caracterização da amostra segundo raça

RAÇA	Nº ABSOLUTO	%
Branca	57	57%
Negra	25	25%
Parda	17	17%
Amarelo	01	01%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo aos participantes que possuem caderneta do idoso

POSSUI CADERNETA DO IDOSO	Nº ABSOLUTO	%
Sim	70	70%
Não	30	30%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Tabela 11 -Distribuição da amostra segundo as informações preenchidas na caderneta do idoso

INFORMAÇÕES DA CARDENETA DO IDOSO	Nº ABSOLUTO	%
Sim	22	22%
Não	22	22%
Parcialmente	26	26%
TOTAL	70	70%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Tabela 12 -Distribuição da amostra segundo entendimento do idoso acerca das medicações e posologia em uso

ENTENDIMENTO ACERCA DAS MEDICAÇÕES E POSOLOGIA	Nº ABSOLUTO	%
Sim	46	46%
Não	23	23%
Parcialmente	31	31%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

Tabela 13 -Distribuição da amostra segundo quantidade de medicamento utilizado diariamente

NUMERO DE	Nº ABSOLUTO	%
------------------	--------------------	----------

FARMACOS		
1 a 2	50	50%
3 a 4	35	35%
5 ou +	15	15%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

Tabela 14 -Distribuição da amostra segundo tempo de uso dessas medicações

TEMPO	Nº ABSOLUTO	%
Menos de 1 ano	07	01%
Acima de 1 ano	93	93%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

CONDIÇÕES ATUAIS DE SAÚDE

Tabela 15 -Distribuição da amostra segundo imc

IMC	Nº ABSOLUTO	%
Baixo peso	02	02%
Saudável	32	32%
Sobrepeso	43	43%
Obeso I	19	19%
Obeso II	03	03%
Obeso III	01	01%
Total	100	100%

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

Tabela 16 -Distribuição da amostra segundo ocorrência de quedas no último ano

QUEDAS NO ÚLTIMO ANO	Nº ABSOLUTO	%
Sim	32	32%
Não	68	68%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Tabela 17 -Distribuição da amostra segundo internação no último ano

INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO	Nº ABSOLUTO	%
Sim	24	21%
Não	76	76%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Tabela 18 -Distribuição da amostra segundo a existência de co-morbidade

CO-MORBIDADE ALÉM DA HAS.	Nº ABSOLUTO	%
Sim	52	52%
Não	48	48%

TOTAL	100	100%
--------------	------------	-------------

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Tabela 19 -Distribuição da amostra segundo co-morbidade mais frequentes

CO-MORBIDADE ALÉM DA HAS	Nº ABSOLUTO	%
Diabetes	27	27%
Osteoporose	13	13%
Outras	13	13%
Cardiopatias	09	09%
Depressão	04	04%
TOTAL	66	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Tabela 20 -Distribuição da amostra segundo quantidade de tempo desde a última consulta médica

TEMPO	Nº ABSOLUTO	%
Menos de um mês	30	30%
1 a 6 meses	51	51%
6 e 1 dia a 1 ano	10	10%
Acima de 1 ano	09	09%
Não lembra	00	00%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Tabela 21 -Distribuição da amostra segundo espaço de tempo de visitas domiciliares dos membros da ESF

TEMPO	Nº ABSOLUTO	%
Menos de um mês	10	10%
1 a 6 meses	16	16%
6 e 1 dia a 1 ano	01	01%
Acima de 1 ano	03	03%
Não lembra	06	06%
Não recebeu	64	64%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

HABITOS DE VIDA

Tabela 22 -Distribuição da amostra segundo hábito de fumar

FUMA	Nº ABSOLUTO	%
Sim	17	17%
Não	83	83%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Tabela 23 -Distribuição da amostra segundo uso de bebida alcoólica

BEBE	Nº ABSOLUTO	%
Sim	09	09%

Não	91	91%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Tabela 24 -Distribuição da amostra segundo sedentarismo

ATIVIDADE FÍSICA	Nº ABSOLUTO	%
Sim	33	33%
Não	67	67%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Tabela 25 -Distribuição da amostra segundo prática de alimentação saudável

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	Nº ABSOLUTO	%
Sim	55	55%
Não	45	45%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL

Tabela 26 -Distribuição da amostra segundo idosos que moram sozinhos

	Nº ABSOLUTO	%
Sim	09	09
Não	91	91
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Tabela 27 -Distribuição da amostra segundo participação em grupos de convivência

	Nº ABSOLUTO	%
Sim	24	24%
Não	76	76%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Tabela 28 -Distribuição da amostra segundo capacidade para auto-administração de medicamentos

	Nº ABSOLUTO	%
Sim	84	84%
Não	16	16%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

Tabela 29 -Distribuição da amostra segundo se auxilio para uso da medicação

ATIVIDADE FÍSICA	Nº ABSOLUTO	%
Não, sozinho	77	77%
Sim, com familiar no domicílio	23	23%

Sim, com familiar que não reside no domicilio	00	00%
Sim, com familiar sem vinculo familiar	00	00%
Outros	00	00%
TOTAL	100	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2011)

ANEXO

FACULDADES DE ENFERMAGEM E DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258, de 21.09.2005 e publicada no
DOU de 23.09.2005 Pg. 184 Seção 01.

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28 de dezembro 2007, publicada no
DOU de 31 de dezembro de 2007, página 36, seção 1.



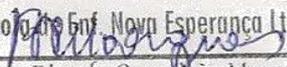
CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 1º Reunião Ordinária realizada em 27/01/2011 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, **APROVADO**, o projeto de pesquisa intitulado "Hipertensão arterial sistêmica: uma avaliação da condição de saúde dos idosos acompanhados no programa HIPERDIA na Estratégia Saúde da Família", protocolo número: 13/11 e CAAE: 0064.0.351.351-11 da orientadora: **Jussara Vilar Formiga** e da aluna: **Sâmia Maciel Costa**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/06/2011, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 17 de Fevereiro de 2011

Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.


Rosa Rita da Conceição Marques

Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Lígia Kelly de Sousa Lima

