

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –  
FACENE/RN**

**FILOMENA ALÉSIA DA SILVA**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA**

**MOSSORÓ  
2011**

FILOMENA ALÉSIA DA SILVA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem  
Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como  
exigência para obtenção do título de Bacharel em  
Enfermagem.

ORIENTADOR: Prof. Esp. Lucídio Clebeson de Oliveira

MOSSORÓ  
2011

S58 a

Silva, Filomena Alésia da

Assistência de enfermagem na prevenção e controle da hipertensão arterial em idosos atendidos na estratégia saúde da família / Filomena Alésia da Silva. – Mossoró, 2011.

51f.;il.

Orientadora: Lucidio Clebeson de Oliveira

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

FILOMENA ALÉSIA DA SILVA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada pela aluna Filomena Alésia da Silva, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado (a) em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Esp. Lucídio Clebeson de Oliveira – FACENE/RN  
Orientador

---

Prof. Esp. Joseline Pereira Lima – FACENE/RN  
Membro

---

Prof. Ms. Patrícia Josefa Fernandes Beserra – FACENE/RN  
Membro

Este trabalho é dedicado a toda  
minha família  
e as pessoas intimamente ligadas a  
minha vida,  
que no período de desenvolvimento deste trabalho me ajudou com  
paciência,  
carinho e compreensão, demonstrando que a  
superação  
nos momentos difíceis vale à pena, por estarmos ao lado de quem realmente se  
importa com nosso

SUCESSO.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por estar comigo em todos os momentos da minha vida, nas alegrias, nas tristezas, nas conquistas e na longa caminhada até aqui... Meu muito obrigada Senhor.

A toda minha família que foi o meu alicerce todos os dias da minha vida e principalmente durante todo o percurso de realização do meu sonho, que é cuidar do outro e especialmente fornecer esse CUIDADO na condição de ENFERMEIRA, meu muitíssimo obrigada

ao meu PAI, minha MÃE, minhas IRMÃS e IRMÃO, e aos meus queridos SOBRINHOS, que me deram todo apoio para conquistar essa vitória, e por acreditarem em mim sempre, torcendo pelo meu SUCESSO.

A professora Kalyane Kelly pela orientação e pelo constante estímulo transmitido durante todo esse trabalho, sem falar do ganho imensurável desta como uma amiga companheira e compreensiva, que em todos os momentos em que precisei de sua ajuda se dispôs dando-me forças para continuar.

Ao meu orientador o professor Lucídio Clebeson pela paciência e compreensão na elaboração e construção deste trabalho, e agradecer pela coragem que demonstrou em aceitar dar continuidade à conclusão do meu sonho.

Ao meu namorado pela compreensão e companheirismo, as minhas verdadeiras AMIGAS, aos colegas de trabalho especialmente a minha amiga Juraci que desde o início me deu forças e incentivo para continuar, dando-me orientações e confortando-me com palavras de amizade meu muito obrigada AMIGA, a todos os profissionais que fazem a FACENE em especial aos meus professores que tem um papel fundamental nesta conquista, e a todos que colaboraram direta ou indiretamente com a execução deste trabalho.

Muito obrigada!

Que os vossos esforços  
desafiem as impossibilidades,  
lembrai-vos de que as  
grandes coisas do homem

foram conquistadas do que parecia impossível.

Charles Chaplin

## RESUMO

O idoso hipertenso precisa de uma atenção diferenciada, dessa forma, destacamos a importância da assistência de enfermagem direcionada a esses pacientes, esse trabalho necessita de uma interação entre a equipe e a população, pois ele implica e envolve necessariamente desta. Esse trabalho realizado pela equipe de enfermagem tem significados diferentes para as pessoas, em diferentes etapas de suas vidas. A pesquisa tem como pressuposto que a prevenção da hipertensão arterial é trabalhada de forma superficial pela equipe de enfermagem da ESF, fazendo com que a hipertensão pareça mais uma patologia comum a pessoa idosa do que uma patologia passível de prevenção e controle. Tem como objetivo analisar a assistência de enfermagem na prevenção e controle da hipertensão arterial em idosos. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, a pesquisa foi realizada na Unidade Básica, localizada no município de Antonio Martins/RN. A população foi à equipe de enfermagem. Os sujeitos da pesquisa foram os 3 enfermeiros e 2 técnicos de enfermagem, como critérios de inclusão foram considerados os sujeitos que trabalham na ESF há pelo menos seis meses; não exercer atividades de gerência; concordar em participar da pesquisa, foi aplicado um roteiro de entrevista semi-estruturada, para a análise e interpretação dos dados da pesquisa foi utilizada a técnica de categorização proposta por Bardin (1977). Pode-se perceber que a forma de prevenção assim como de controle da hipertensão arterial para com os idosos é um pouco arcaica e não há um embasamento teórico atualizado, dessa forma o trabalho realizado pela equipe da ESF deixa a desejar, já que a hipertensão assim como qualquer outra patologia tem passado por modificações em relação ao seu tratamento e os profissionais devem estar bem fundamentados. Isso se tornará possível quando os profissionais da ESF principalmente os enfermeiros começarem a fazer o que realmente é de sua competência, atuando de forma ativa fazendo a prevenção e o controle da hipertensão arterial evitando suas possíveis complicações, assim tem-se a necessidade de haver capacitações para os profissionais, para que os mesmos sejam capazes e tenham embasamento teórico e científico para melhor desenvolverem suas atividades.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Saúde do idoso. Equipe de Enfermagem.



## ABSTRACT

The hypertensive elderly patients need a special attention in this way, we highlight the importance of nursing care directed to these patients, this work requires an interaction between the staff and the public, because it implies and necessarily involves this. This work was carried out by the nursing team has different meanings for people at different stages of their lives. The research is the assumption that prevention of hypertension is worked lightly by the nursing staff of the ESF, causing hypertension seems a more common condition than the elder one preventable disease and control. Aims to analyze nursing care in the prevention and control of hypertension in the elderly. It is a descriptive study with qualitative approach; the research was conducted in Primary Care, located in the municipality of Antonio Martins / RN. The population for the nursing staff. The subjects were three nurses and two technicians, as criteria for inclusion were considered those individuals working in the ESF for at least six months, does not exercise management activities; agree to participate in the study were given a script for semi- structured for the analysis and interpretation of research data we used the technique of Bardin (1977). It can be seen that the means of prevention and control of hypertension for the elderly is somewhat archaic and there is a theoretical current, so the work done by the team falls short of the ESF, as well as hypertension like any other disease has undergone modifications to the treatment and professionals should be well founded. This becomes possible when the FHT professionals mainly nurses start doing what it is within their competence, acting proactively doing to prevent and control hypertension while avoiding their potential complications, so has the need for capacity building to professionals, so that they are capable and have theoretical and scientific foundation to better develop their activities.

**Keywords:** Hypertension. Health of the elderly. Nursing Team.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
1.1 OBJETIVOS .....	11
<b>1.1.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>11</b>
<b>1.1.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>12</b>
<b>2 HIPERTENSÃO ARTERIAL</b> .....	<b>13</b>
2.1 HIPERTENSÃO NO IDOSO .....	18
<b>3 O PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)</b> .....	<b>22</b>
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>26</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	26
4.2 LOCAL DA PESQUISA .....	26
4.3 POPULAÇÃO E SUJEITOS.....	27
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS .....	27
4.5 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DE DADOS .....	27
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
4.7 FINANCIAMENTO .....	29
<b>5 RESULTADOS E DISCURSÕES</b> .....	<b>30</b>
5.1 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA FAZER O CONTROLE E A PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO NOS IDOSOS.....	30
5.2 REFERENCIAIS TEÓRICOS (MATERIAIS) VOCÊS UTILIZAM PARA REALIZAR O TRABALHO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS IDOSOS .....	31
5.3 PRINCIPAIS FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA REALIZAÇÃO DESTE TRABALHO .....	33
5.4 METODOLOGIAS UTILIZADAS NAS AÇÕES DE CONTROLE E PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL .....	34
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>40</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>43</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas houve importantes mudanças no perfil da morbimortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônicas não transmissíveis e causas externas. As doenças cardiovasculares são a causa mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e entre os fatores de risco para doença cardiovascular encontram-se a hipertensão arterial (PAIVA, 2006).

De acordo com Lucchese (2010), no Brasil calcula-se em mais de 25 milhões o número de hipertensos, e pelo menos um terço deles (8 milhões) não sabem que são. As estatísticas falam que mais de 20% da população adulta é hipertensa. Entre a população idosa, esta cifra chega a 65%, sendo uma doença que apresenta alto custo social, sendo responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho (PAIVA, 2006).

O conhecimento dos diferenciais epidemiológicos entre as faixas etárias é importante na construção de políticas públicas focalizadas, como, por exemplo, a criação de programas de intervenção mais intensa sobre a hipertensão arterial, que está na base de um complexo de doenças que acometem principalmente a população idosa (DELGADO; CARDOSO JUNIOR, 1999).

Para Rosa e Franken (2007), a hipertensão arterial é uma doença muito prevalente em idosos. Esses pacientes caracterizam um grupo especial, com alterações fisiopatológicas significativas em razão do envelhecimento, o idoso tem particularidades que devem ser avaliadas. Existem alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, como diminuição da atividade dos barorreceptores, alterações da composição corpórea, do metabolismo basal, do fluxo sanguíneo hepático e do ritmo de filtração glomerular, com alteração da absorção, da distribuição, da metabolização e da excreção da maioria dos medicamentos.

Sabendo que o idoso hipertenso precisa de uma atenção diferenciada, destacamos a importância da assistência de enfermagem direcionada a esses pacientes. Baseando-se em Fortuna (2005), esse trabalho necessita de uma interação entre a equipe e a população, pois ele implica e envolve necessariamente desta. O trabalho a ser realizado não é material, não tem uma forma concreta e interfere diretamente na maneira de viver das pessoas. Esse trabalho realizado pela equipe de enfermagem tem significados diferentes para as pessoas, em diferentes etapas de suas vidas, em diferentes culturas e momentos da história da humanidade.

Nesse contexto, a saúde aparece como elemento central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida. Os estigmas negativos, normalmente associados ao processo de envelhecimento, têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. As representações sociais construídas em torno da velhice estão fortemente associadas à doença e à dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase (BRASIL, 2010).

Nesta estrutura, a enfermagem representa importante papel de sustentação, participando de forma ativa nas ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional. Seu trabalho consiste no atendimento mais direcionado ao problema apresentado pelo idoso hipertenso, fazendo-se presente nas reuniões da equipe com os esses pacientes, elaboração e execução de projetos voltados para os mesmos. Assim a participação da enfermagem, junto com a equipe de saúde tem propiciado maior eficácia do serviço, oferecendo excelente trabalho relacionado à promoção a saúde da pessoa idosa.

Diante do exposto temos os seguintes questionamentos: Quais as estratégias realizadas pela enfermagem para o controle da hipertensão arterial em idosos? Quais as estratégias realizadas pela equipe de enfermagem para prevenção da hipertensão arterial em idosos? Qual a fundamentação teórica da equipe de enfermagem para realização do controle e prevenção da hipertensão arterial em idosos?

A pesquisa tem como pressuposto que a prevenção da hipertensão arterial é trabalhada de forma superficial pela equipe de enfermagem da ESF, fazendo com que a hipertensão pareça mais uma patologia comum à pessoa idosa do que uma patologia passível de prevenção e controle da mesma.

Em relação ao controle da hipertensão, bem como a atenção específica acerca da saúde da pessoa idosa, evidencia-se que o acompanhamento precisa ser mais efetivo, não se restringindo a entrega de medicações.

Em se tratando do idoso, este necessita de uma atenção mais presente por parte da enfermagem, caso contrário esses profissionais acabam colocando em risco a qualidade da assistência que é prestada a esses pacientes.

A partir das discussões expostas esclarecemos que o interesse acerca dessa temática surgiu, a princípio, a partir do contato com o projeto de pesquisa e extensão sobre a saúde do idoso do qual faço parte, e a disciplina Geriatria e gerontologia em Enfermagem veio acentuar o interesse, a qual trata com especificidade do tema em questão. Por se tratar de um assunto bastante amplo, porém requer conhecimento

adequado acerca do assunto, bem como dos processos envolvidos na saúde do idoso, objetivando a assistência da enfermagem.

Outro aspecto que foi levado em conta, foi o fato de que, apesar de ser um cuidado de enfermagem, grande parte dos enfermeiros (as) parecem manter certo afastamento de um atendimento mais minucioso que a patologia requer, não participando, portanto, da prevenção e controle, nem tampouco de um atendimento domiciliar como preconizado pelo Ministério da Saúde, o que por sua vez acaba limitando a atuação dos mesmos a outras práticas assistenciais que os portadores da hipertensão arterial necessitam.

Entendendo dessa forma, apontamos a importância da pesquisa para a comunidade, pois a mesma necessita de uma atenção de enfermagem mais presente, assim como preconizado pelo Ministério da Saúde em relação à atenção que deve ser devidamente prestada a saúde da pessoa idosa. Com isso mostrar a importância do papel da enfermagem dentro dos programas de atenção básica do Ministério da Saúde em especial a Estratégia de Saúde da Família (ESF), destacando o HIPERDIA e a atuação da enfermagem no Município de Antonio Martins-RN.

Uma atenção contínua e eficaz para a saúde e o bem-estar da população idosa requer diferentes níveis de intervenção dos serviços de saúde, adequados às distintas fases da enfermidade e ao grau de incapacidades. Ela deve estar baseada, em última instância, em uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna (BRASIL, 2010).

De acordo com Fortuna (2005), Cabe a equipe de enfermagem desenvolver ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados específicos ao idoso, aspectos estes, de algum modo, já conhecidos e praticados pelos trabalhadores da atenção básica. Cabe, ainda, à equipe de saúde a elaboração do diagnóstico da área de atuação, articulação de ações intersetoriais; promoção da mobilização e organização de ações voltadas às práticas a serem desenvolvidas de forma a beneficiar a população idosa, desenvolvimento de cidadania, aspectos estes ainda não incorporados à prática cotidiana.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

- ✓ Analisar a assistência de enfermagem na prevenção e controle da Hipertensão Arterial em idosos.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Identificar as estratégias existentes para o controle e prevenção da hipertensão arterial desenvolvidas pela equipe de enfermagem;
- ✓ Descrever como são desenvolvidas essas estratégias de prevenção e controle da Hipertensão Arterial;
- ✓ Caracterizar comparativamente as práticas existentes com as fundamentações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

## 2 EMBASAMENTO TEÓRICO

### 2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

“A pressão arterial é a força exercida sobre a parede de uma artéria pelo sangue sob a pressão do coração” (POTTER; PERRY, 2009, p. 536).

Assim, para melhor compreender como ocorre a Hipertensão Arterial, Krieger; Irigoyen; Krieger (1999) explicam que este processo fisiopatológico se dá por diferentes mecanismos de controle que estão envolvidos não só na manutenção (componente tônico) como na variação momento-a-momento (componente fásico) da pressão arterial, regulando o calibre e a reatividade vascular, a distribuição de fluido dentro e fora dos vasos e o débito cardíaco.

Desta forma, segundo os mesmos autores, os complexos mecanismos pressores e depressores interagem e se equilibram; sendo que quando o equilíbrio se rompe com predominância dos fatores pressores, ocorre a hipertensão primária. Essa ruptura pode ser provocada e/ou acelerada pelos fatores ambientais, como excesso de sal na dieta e estímulos psicoemocionais, entre outros” (LUCCHENSE, 2010).

A hipertensão é uma pressão sistólica a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior que 90mmHg durante um período sustentado, com base na média de duas ou mais mensurações da pressão arterial obtidas em dois ou mais contatos com o profissional de saúde depois de uma triagem inicial (SMELTZER; BARE, 2005).

Brasil (2006) afirma que a Hipertensão Arterial é definida 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. Deve-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global, estimado pela presença dos fatores de risco, assim como a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas.

Já Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007), afirmam que a hipertensão arterial (HAS) é, sabidamente, uma doença de alta prevalência nacional e mundial. Os valores limítrofes para adultos (acima de 18 anos) hipertensos são definidos pela pressão arterial sistólica (PAS) entre 130 e 139 mmHg e Pressão Arterial Diastólica (PAD) entre 85 e 89 mmHg. Em 1998, no Brasil, ocorreram 1.150.000 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de 475 milhões de reais, correspondendo, a aproximadamente de 400 milhões de dólares.

Segundo os autores acima citados sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades. Sua característica crônica e silenciosa dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema. Torna-se assim “perversa” por sua invisibilidade, e acaba por comprometer a qualidade de vida. Traz, ainda, como conseqüências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, comprometendo a qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis.

“A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), no que tange a sua etiologia, pode ser classificada em primária e secundária e pseudo Hipertensão Arterial” (SILVA, 2006, p. 1).

Sendo a hipertensão primária, também conhecida como hipertensão essencial, assim denominada diante de altos índices de pressão arterial sem motivação identificada e específica (SMELTZER; BARE, 2005), e provavelmente se inicia por alterações funcionais (vasoconstrição) e se estabiliza por alterações estruturais, combinadas em grau variado com as funcionais (KRIEGER; IRIGOYEN; KRIEGER, 1999).

Já a hipertensão secundária está relacionada ao aumento dos valores pressóricos, em decorrência de estreitamento das artérias renais, doença renal parenquimatosa, hiperaldosteronismo, determinados medicamentos, gravidez e coarctação da aorta, dentre outros (SILVA, 2006).

Quanto à classificação dos valores pressóricos Silva; Souza (2004) enfatizam que houve uma simplificação das faixas pressóricas e a categorização de uma situação dita "pré-hipertensão", onde as modificações do estilo de vida devem ser mais que incentivadas, tendo em vista a grande possibilidade de evolução futura para o estado de hipertensão arterial com o avançar da idade. Nesta classificação atual, a pressão ideal é aquela menor que 120 sistólica e 80 diastólica. O Ministério da Saúde (MS) considera este valor ideal, onde há menos riscos para o aparelho cardiovascular.

Outra classificação é apresentada pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), que são a Hipertensão sistólica isolada (HSI) que é definida com o comportamento anormal da PA sistólica com PA diastólica normal; Hipertensão do avental branco que se define quando o paciente apresenta medidas de PA



persistentemente elevadas (< 140/90 mmHg) no consultório e médias de PA consideradas normais seja na residência, pela monitorização residencial da pressão arterial (MRPA), ou pela monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA); Hipertensão mascarada, é definida como a situação clínica caracterizada por valores normais de PA no consultório (< 140/90 mmHg), porém com PA elevada pela MAPA durante o período de vigília ou na MRPA.

Entre 20 e 25% da população adulta nos Estados Unidos apresentam hipertensão (BURT et al., 1995 apud SMELTZER; BARE, 2005, p.905). Dessa população, entre 90 e 95% apresentam hipertensão primária, significando que a justificativa para essa elevação na pressão arterial não pode ser identificada. Os 5 a 10% restantes desse grupo apresentam pressão arterial alta relacionada com causas específicas, como o estreitamento das artérias renais, doença renal parenquimatosa, hiperaldosteronismo (hipertensão mineralcorticóide), determinados medicamentos, gravidez e coarctação da aorta (KAPLAN, 2001 apud SMELTZER; BARE, 2005, p.905). A hipertensão secundária é o termo utilizado para significar a pressão arterial alta a partir de causa identificada (SMELTZER; BARE, 2005).

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Ainda para os autores citados acima, a maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves de PA, submetidos aos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta.

Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial. Existe boa evidência médica de que medidas de pressão arterial freqüente podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão.

A hipertensão arterial ocupa posição de destaque do grupo das doenças não transmissíveis (DANT), em decorrência de sua alta prevalência e incidência, considerada uma doença crônica não transmissível, de natureza multifatorial e assintomática (na maioria dos casos), que compromete o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores, levando a um aumento da tensão sanguínea nos

vasos, capaz de comprometer a irrigação tecidual e provocar danos aos órgãos alvos por eles irrigados (BRASIL, 2001 apud OHARA; SAITO, 2010, p.268).

No Brasil estima-se já existe mais de 25 milhões de hipertensos, e pelo menos um terço deles (8 milhões) não sabem que são. Algumas estatísticas falam que mais de 20% da população adulta é hipertensa (LUCCHENSE, 2010).

Souza et al (2007) ressalta que uma há maior prevalência nos homens (51,8%), do que nas mulheres (33,1%). Nos indivíduos com sobrepeso e obesidade, observou-se maior prevalência de pressão elevada. Etilismo diário ou semanal também está relacionado à maior incidência, respectivamente, de 63,2% e 47,2%. Apenas 59,7% eram sabidamente hipertensos. Das pessoas que apresentaram hipertensão, 57,3% fazem algum tratamento.

A hipertensão arterial é o principal fator de risco modificável para doença coronariana, doenças cerebrovasculares e insuficiência cardíaca congestiva, entre outras doenças do aparelho circulatório. O tratamento adequado da hipertensão arterial reduz significativamente a mortalidade e a morbidade cardiovascular. Dessa forma, o conhecimento da distribuição da hipertensão arterial na população e a identificação de grupos vulneráveis são de grande interesse em saúde pública (LIMA-COSTA; PEIXOTO; FIRMO, 2004).

De acordo com Burt et al (1995 apud SMELTZER; BARE, 2005), a hipertensão é por sua vez chamada de “assassina silenciosa”, por que as pessoas acometidas freqüentemente não evidenciam sintomas. Em estudos realizados entre 1991 e 1994, 32% das pessoas que apresentavam pressões superiores a 140/90mmHg não estavam cientes de suas pressões arteriais elevadas.

Smeltzer e Bare (2005) afirmam que com frequência a hipertensão arterial acompanha os fatores de risco para cardiopatia aterosclerótica, como a dislipidemia e diabetes mellítus. A pressão arterial pode ser vista de várias formas, pode ser como um sinal, um fator de risco para a doença cardiovascular aterosclerótica ou como uma doença. Como um sinal, os enfermeiros e outros profissionais de saúde utilizam a pressão arterial para monitorar o estado clínico de um paciente. Como doença, a hipertensão é um importante contribuinte para a morte por doença cardíaca, renal e vascular periférica.

Segundo o autor supracitado, a elevação da pressão prolongada lesiona os vasos sanguíneos por todo o corpo, principalmente em órgão-alvo, como o coração, rins,

cérebro e olhos. As conseqüências usuais da hipertensão descontrolada prolongada são o infarto do miocárdio, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, acidentes vasculares cerebrais e visão prejudicada. O ventrículo esquerdo do coração pode ficar aumentado (hipertrofia ventricular esquerda), à medida que age para bombear o sangue contra a pressão elevada. Um ecocardiograma é o método recomendado para determinar se ocorreu a hipertrofia.

Embora a causa exata para a maioria dos casos não consiga ser identificada, é sabido que a hipertensão é uma condição multifatorial. Como a hipertensão é um sinal, é mais provável que ela tenha muitas causas, da mesma forma que a febre apresenta muitas causas. Para que a hipertensão aconteça, deve haver uma condição em um ou mais fatores que afetam a resistência periférica ou o débito cardíaco. Além disso, também deve haver um problema com os sistemas de controle que monitoram ou regulam a pressão. As mutações genéticas isoladas foram identificadas para alguns raros tipos de hipertensão, mas acredita-se que a maioria dos tipos de pressão alta é do tipo poligênico (mutações em mais de um gene (DOMINICZAK et al., 2000 apud SMELTZER; BARE, 2005).

SOUZA et al, (2007) refere que a doença cardiovascular é a primeira causa de morte relacionada nas sociedades ocidentais, sendo a hipertensão uma das três principais doenças responsáveis. O crescimento progressivo na prevalência das doenças cardiovasculares impõe a necessidade de se desenvolver e implementar estratégias populacionais de prevenção dos múltiplos fatores de risco que levam a desfechos primários relacionados. Por ser um problema silencioso deve ser investigado sistematicamente, mesmo em face de resultados iniciais normais.

Para Smeltzer e Bare (2005), várias hipóteses sobre as bases fisiológicas da pressão arterial elevada estão associadas ao conceito de hipertensão como uma condição multifatorial. Diante da superposição dessas hipóteses, é provável que aspectos de todas elas venham a se mostrar corretos. A hipertensão pode ter uma ou mais das seguintes causas:

- ✓ Atividade aumentada do sistema nervoso simpático relacionado com a disfunção do sistema nervoso autônomo;
- ✓ Reabsorção renal aumentada de sódio, cloreto e água relacionada com uma variação genética na maneira pela qual os rins manuseiam o sódio;

- ✓ Atividade aumentada do sistema renina-angiotensina-aldosterona, resultando em expansão do volume do líquido extracelular e resistência vascular sistêmica aumentada;
- ✓ Vasodilatação diminuída das arteríolas relacionada com a disfunção do endotélio vascular;
- ✓ Resistência à ação da insulina, que pode ser um fator comum ligado a hipertensão, diabetes melito do tipo 2, hipertrigliceridemia, obesidade e intolerância à glicose.

Segundo Brasil (2006), a prevalência da hipertensão se correlaciona diretamente com a idade. As mulheres e as pessoas com sobrepeso ou obesidade também apresentam correlação com a hipertensão.

Zaitune et al. (2006), esclarece a identificação de vários fatores de risco para hipertensão arterial, tais como: a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o *status* sócio-econômico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais muito colaboraram para os avanços na epidemiologia cardiovascular e, conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos, que abarcam os tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos.

## 2.2 HIPERTENSÃO NO IDOSO

As políticas públicas de saúde têm o objetivo de assegurar atenção a toda população, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos (BRASIL, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), no Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90).

Ainda para Brasil (2010), diante da crescente demanda de uma população que envelhece e em acordo com os direitos previstos na Constituição de 1988, em 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso, através da Lei 8.842/94, regulamentada em 1996 pelo Decreto 1.948/96. Esta política assegurou direitos sociais à pessoa idosa,

criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, considerado uma das maiores conquistas sociais da população idosa em nosso país, ampliando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa (BRASIL, 2010).

Para Rosa e Franken (2007), a pessoa idosa tem suas particularidades e existem alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, como diminuição da atividade dos barorreceptores, alterações da composição corpórea, do metabolismo basal, do fluxo sanguíneo hepático e do ritmo de filtração glomerular, com alteração da absorção, da distribuição, da metabolização e da excreção da maioria dos medicamentos. No idoso, é comum a associação a outros fatores de risco cardiovasculares e doenças crônicas que frequentemente necessitam de vários medicamentos, potencializando o risco de interações medicamentosas e de efeitos colaterais.

De acordo com Brasil (2006), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovascular e renal crônica. É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronariana. Em combinação com o diabetes, representa 62,1% do diagnóstico primário de pessoas submetidas à diálise. Entre as pessoas idosas, a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. É um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos. A hipertensão não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento.

Para Souza et al (2007), a população está envelhecendo e cada vez mais observamos indivíduos chegando à oitava década de vida. Sabe-se que a hipertensão sistólica é mais comum com o envelhecimento, em consequências das mudanças estruturais das artérias, mormente as de grosso calibre. Essa tendência também é observada em estudos transversais, em quase todas as populações, as quais mostram que o nível médio da pressão sistólica aumenta de maneira linear a partir dos 50 anos, enquanto a pressão diastólica tende a cair a partir dos 55 anos.

O estudo de Franklin et al (1999 apud SOUZA et al, 2007, p.444),

Demonstra que a pressão sistólica aumenta continuamente com a idade em todos os grupos, ao passo que a pressão diastólica aumenta até os 60 anos, diminuindo a seguir. Dados de 30 anos de seguimento do estudo Framingham mostraram claramente o aumento de risco de eventos cardiovasculares com a elevação da pressão sistólica particularmente no idoso.

Segundo Rosa e Franken (2007), além das alterações próprias do envelhecimento e das dificuldades no diagnóstico, a HAS no idoso frequentemente está associada a outras doenças, e muitos pacientes utilizam medicamentos que podem elevar a pressão arterial (PA).

Miranda (2002), afirma que a HAS em idosos está associada a um importante aumento nos eventos cardiovasculares com conseqüente diminuição da sobrevivência e piora na qualidade de vida. Inúmeros estudos demonstraram os benefícios do tratamento da HAS na população desta faixa etária, com redução significativa dos eventos cardiovasculares e melhora na qualidade de vida. Tanto o tratamento medicamentoso como o não farmacológico devem ser empregados, sempre considerando o indivíduo com suas comorbidades e expectativas.

Na maioria dos casos, a hipertensão arterial não se manifesta por sintomas claros e, por isso, pode ocorrer hipertensão sem ser percebida e, neste caso, quando diagnosticada, pode haver comprometimento de órgãos vitais do organismo. Vários são os fatores de ordem biológica e social, que desencadeiam aumento nos níveis pressoriais e, entre estes, o estresse tem sido apontado como “flagelo social”; ele é provocado por uma variedade de fatores, de fatos passageiros da vida cotidiana a fatores mais estáveis como, por exemplo, instabilidade financeira (TRENTINI; TOMASI; POLAK, 1996).

O autor citado acima afirma que a atual economia política da saúde evidencia existência de desigualdade no exercício da cidadania e principalmente no direito à saúde; portanto os indivíduos e grupos sociais estão desigualmente expostos a fatores de risco e prevenção.

A hipertensão é uma doença que afeta milhões de pessoas em todo o mundo e contribui de maneira expressiva para grande número de mortes devidas a infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença renal crônica. Apesar de todos os avanços na área da fisiologia cardiovascular, ainda não se conhecem os determinantes primários da hipertensão arterial. Existem várias razões para explicar esse fato, mas fundamentalmente reconhece-se, hoje, que a hipertensão não é uma doença simples com

causa única em todos os indivíduos afetados (KRIEGER; IRIGOYEN; KRIEGER, 1999).

No que se refere aos fatores de riscos para a hipertensão arterial, Silva; Souza (2004) os classifica como fatores de riscos não modificáveis, em que entre eles encontram-se a idade, a hereditariedade e o sexo. E os fatores de risco modificáveis como hábitos sociais, padrões alimentares e aspectos físicos, e índices pressóricos.

Contemplando a idade como fator de risco para hipertensão arterial, Lessa (1998) diz que a presença de HAS em idosos merece maior atenção devido à vulnerabilidade frente às complicações cardiovasculares determinadas não só pela hipertensão, como também por outros fatores de risco que se acumulam com o passar do tempo. Sobre a hereditariedade, a hipertensão arterial pode ser entendida como uma síndrome multifatorial, de patogênese pouco elucidada, na qual interações complexas entre fatores genéticos e ambientais causam elevação sustentada da pressão (BARRETO-FILHO; KRIEGER, 2003). “Estudos demonstraram que a pressão arterial é mais elevada em homens que em mulheres até a faixa etária de 60 anos” (IRIGOYEN et al. 2003, p. 332).

Discutindo agora os fatores de riscos de ordem modificáveis para a hipertensão, é interessante saber que na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, o incremento de 2,4 kg/m<sup>2</sup> no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão e que a ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. Assim a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular e geral, da mesma forma que a atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade (VI DIRETRIZES... 2010).

Colocando sua opinião a cerca dos fatores de riscos para hipertensão arterial, o Manual de Saúde do Idoso (2003) informa que discute-se se o estresse emocional é ou não é causa de Hipertensão, mas o bom equilíbrio emocional é muito importante para manter a pressão arterial controlada. Outro aspecto de extrema importância, principalmente nas pessoas com mais de 60 anos de idade, está relacionado à quantidade de sal que se come diariamente. O sal é, sem dúvida, um dos maiores aliados da pressão alta em idoso.

### **3 O PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**

Paiva (2006) afirma que a Estratégia de Saúde da Família é uma proposta do Ministério da Saúde para implantação e implementação do Sistema Único de Saúde e vem sendo apresentado institucionalmente como alternativa para mudança de modelo assistencial. Nele, o trabalho de equipe está proposto como uma das prerrogativas estratégicas para a mudança do atual modelo de assistência em saúde. O atual modelo assistencial é caracterizado pela fragmentação da assistência, pela consideração do corpo biológico como objeto de trabalho, pela centralidade das ações nos atos médicos e medicalizadores.

De acordo com o autor acima citado, frente à crise vivida no setor saúde, o Ministério da Saúde, em 1994, implantou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial a partir da atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças. Assim sendo, o PSF pretende promover a saúde através de ações básicas que possibilitam a incorporação de ações programáticas de forma mais abrangente.

A ESF propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com a comunidade. Assume o compromisso de prestar assistência integral à população na unidade de saúde e no domicílio de acordo com as necessidades, identificando fatores de risco aos quais ela está exposta intervindo de forma apropriada. Propõe-se a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação dos usuários, por meio do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, tendo sempre a saúde como direito de cidadania. (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Ainda para Oliveira e Spiri (2006), a ESF constitui-se de equipes multiprofissionais que devem atuar em uma perspectiva interdisciplinar. Os membros da equipe articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada já que todos conhecem a problemática. O agente comunitário de saúde é fundamental na comunicação entre a equipe e a família, pois trabalha diretamente com a população acompanhando-a e criando subsídios para obtenção de informações que serão transmitidos à equipe.

Dentro da ESF o programa que atende aos hipertensos e diabéticos é denominado HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de



Hipertensos e Diabéticos). Para Chazan e Perez (2008), o HIPERDIA foi criado com o intuito de reorganizar os serviços, para o oferecimento de uma atenção continuada e qualificada aos portadores de DM e HAS, a elaboração de protocolos clínicos e treinamentos dos profissionais de saúde; a garantia da distribuição gratuita de medicamentos anti hipertensivos, hipoglicemiantes orais e insulina NPH; e a criação de um Sistema Informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos.

Ainda para o autor acima citado o HIPERDIA foi concebido para permitir o monitoramento dos pacientes captados neste plano e gerar informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, de forma regular e contínua, a todos os pacientes cadastrados no programa. Este sistema é composto pelos subsistemas Municipal e Federal, de modo que os dados gerados nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) compõem uma base nacional de informações que pode ser acessada por meio da internet, através de site específico do DATASUS, órgão do MS responsável pelos sistemas informatizados.

O Programa HIPERDIA soma-se às ações dos trabalhadores de saúde, e tem como proposta a prevenção de complicações decorrentes da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo prescrito pela equipe. Quando este fato está relacionado à falta de recursos financeiros para aquisição de medicamentos, o programa possibilita aos usuários cadastrados, o acesso a medicamentos de forma gratuita e o acompanhamento médico (MIRANZI, 2008).

De acordo com Chazan e Perez (2008), espera-se que, na medida em que este sistema seja continuamente utilizado pelas SMS como ferramenta do Pacto de Gestão, seja também efetivamente instituída a avaliação da qualidade da atenção prestada aos portadores de HAS e/ou DM, com subseqüentes investimentos na educação permanente das equipes e na organização na rede de atenção a esses cidadãos.

Cabe ressaltar a importância do trabalho integrado das Coordenações de Atenção Primária/Básica e de Vigilância em Saúde, buscando a utilização otimizada das informações fornecidas pelo hiperdia, combinadas às informações do SIM Sistema de Informação de Mortalidade), SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), SIH (Sistema de Informação Hospitalar) e demais sistemas de informação, fazendo-se necessária, para tal, a presença de profissionais com conhecimentos em sistemas informatizados devidamente treinados (CHAZAN; PEREZ, 2008).

Em relação ao trabalho do enfermeiro, destacamos a importância da sua atuação próximo à equipe, possibilitando apoio e coordenação das atividades, planejando junto com a equipe as intervenções necessárias dentro do HIPERDIA, o que torna seu trabalho reconhecido e valorizado.

Segundo Brasil (2006), a portaria nº 648, de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece as normas para sua organização incluindo o Programa Saúde da Família (PSF), afirma que a equipe multiprofissional deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de Saúde.

De acordo com o autor citado acima, cada profissional exerce um papel fundamental no PSF, destacando a atuação do técnico e enfermeiro: o técnico de enfermagem é responsável do mesmo verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde; orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira; orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial e diabetes; agendar consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados; proceder às anotações devidas em ficha clínica; cuidar dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros); solicitar sua manutenção, quando necessária e encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência; controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade, no caso de impossibilidade do farmacêutico e fornecer medicamentos para o paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico.

Para Brasil (2006), cabe ao enfermeiro capacitar os auxiliares e técnicos de enfermagem, os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades; realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário; desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos; estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos);

solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe; repetir a medicação de indivíduos com a PA controlada e sem intercorrências.

Ainda faz parte do trabalho da enfermagem dentro da ESF, encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades; encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades; encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidades (BRASIL, 2006).

Deve-se destacar a importância da ação interdisciplinar para a prevenção e controle da HAS em idosos, com a intervenção de forma ativa da equipe de enfermagem dando ênfase aos papéis desenvolvidos pelos técnicos e enfermeiros.

Os cuidados providos tanto para a prevenção como também para o tratamento propriamente dito da hipertensão arterial sistêmica, realizado em estruturas que trabalham sobre os princípios assistências da ESF, é positivo no sentido de ambos os cuidados serem- ou deveriam ser, dispensados por equipe multiprofissional, uma vez que a hipertensão arterial é uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetivos, seu tratamento pode requerer o apoio dos profissionais em cuidado à saúde; além do médico, os enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgiões dentistas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, farmacêuticos, funcionários administrativos, agentes comunitários de saúde, dentre outros (BRAGA, 2006).

A Estratégia Saúde da Família tem uma metodologia de assistência aos idosos portadores de hipertensão arterial em que seus pilares se encontram inseridos no Programa de Saúde do Idoso, bem como no Programa de HIPERDIA, em que ambas coordenam todas as atividades relacionadas com o atendimento ao idoso e especificamente aos portadores de hipertensão arterial e diabetes. Estes programas orientam e fundamentam as consultas médicas e de enfermagem, reuniões mensais, dinâmicas de grupo, a importância da educação em saúde por meio de palestras, etc. (MANUAL DE SAÚDE DO IDOSO, 2003).

Falando em Educação em Saúde, esta é uma ferramenta importantíssima na prevenção, tratamento e controle da hipertensão arterial, pois viabiliza maior adesão ao

tratamento através do conhecimento das atitudes, percepções, entendimento e práticas do portador de hipertensão; do incentivo a participação ativa dos hipertensos no tratamento; da consideração das dificuldades e necessidades da clientela; do estabelecimento adequado da comunicação e interação entre os pacientes e profissionais de saúde; além de trabalhar os aspectos cognitivos e psicossociais dos usuários e buscar o envolvimento da família no tratamento do portador de Hipertensão Arterial (PINOTTI; MANTOVANI; GIACOMOZZI. 2008).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa possui um caráter descritivo quando os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles (ANDRADE, 2007).

Para Minayo (2007), a pesquisa qualitativa apresenta-se como um processo de construção da realidade, na qual o conjunto dos fenômenos inerentes ao ser humano (suas crenças, valores, atitudes etc.) aqui entendido como parte da realidade social, dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos, uma vez que a mesma se ocupa nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado.

De acordo com a autora acima citada, o processo de trabalho científico em pesquisa qualitativa compreende um conjunto de três etapas inter-relacionadas. A fase exploratória compreende a construção do projeto de pesquisa e de todos os procedimentos necessários para preparar a entrada em campo (instrumento de coleta de dados, definição e delimitação do objeto, construção da hipótese); Já o trabalho de campo, consiste em levar para a prática empírica a construção teórica da primeira etapa. É durante essa fase da pesquisa social que o pesquisador terá subsídios para a confirmação ou refutação das hipóteses e construção da teoria; A análise e tratamento do material empírico e documental, diz respeito ao conjunto de procedimentos utilizados para compreensão, interpretação e articulação dos dados colhidos que serão articulados com a teoria que fundamentou o projeto.

O interesse de se trabalhar com esse tipo de pesquisa, qualitativa, tem como finalidade realizar uma apuração acerca de determinadas informações inerentes ao tema em questão por meio de instrumentos padronizado, por outro lado será possível também fazer com que os sujeitos sociais envolvidos na pesquisa expressem sua opinião de forma espontânea, subjetiva.

### 4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Centro de Saúde de Antonio Martins, localizada no município de Antonio Martins/RN. O

município dispõe de 3 equipes de saúde da família. Conta ainda com um Hospital Maternidade Justino Ferreira.

#### 4.3 POPULAÇÃO E SUJEITOS

A população foi a equipe de enfermagem que atua nas 3 ESF do município de Antonio Martins. Os sujeitos da pesquisa foram os 3 enfermeiros e 3 técnicos de enfermagem, sendo que um dos técnicos encontra-se de férias, então só participaram da entrevista dois técnicos.

Como critérios de inclusão foram considerados os sujeitos que trabalham na ESF há pelo menos seis meses; não exercer atividades de gerência; concordar em participar da pesquisa.

#### 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi aplicado um roteiro de entrevista semi-estruturada, a qual caracteriza-se por combinar perguntas fechadas e abertas em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2007).

De acordo com Gil (2007), a entrevista enquanto técnica de coleta de dados é bastante adequada para que se obtenham informações acerca do que as pessoas pensam sobre determinado assunto, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes.

As entrevistas foram aplicadas na UBSF da zona urbana da cidade de Antonio Martins, para os enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem que se enquadram nos critérios de inclusão da pesquisa. A coleta será realizada no mês de Agosto de 2011. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas. O material será submetido ao processo de análise, o qual corresponde ao debate entre o referencial teórico e a realidade captada.

#### 4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

As entrevistas foram aplicadas na UBSF da zona urbana da cidade de Antonio Martins, para os enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem que se enquadram nos

critérios de inclusão da pesquisa. A coleta foi realizada no mês de Agosto de 2011. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. O material foi submetido ao processo de análise, o qual corresponde ao debate entre o referencial teórico e a realidade captada.

A coleta de dados se deu também pelo fato da pesquisadora participante ter-se inserido no grupo, o que caracteriza como pesquisa-ação.

#### 4.6 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados utilizaremos como referência a análise de conteúdo de Bardin (1977, p. 72), uma vez que define que esse método consiste em:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens.

Também é usada quando se quer ir além dos significados, da leitura simples do real. “Também se utiliza esse método para as imagens e a comunicação não verbal: gestos, posturas, comportamentos e outras expressões culturais” (BARDIN, 1977)

Sendo assim, Bardin (1977) utiliza para essa análise, organizar os dados em categorias para um melhor entendimento de seus resultados, pois as categorias procuram reunir os elementos em características comuns bem como o maior número de informações á custa de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los. Em fim, a organização dos dados em categorias é a passagem das informações brutas para as informações organizadas.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A fim de resguardar os direitos legais e jurídicos dos sujeitos envolvidos em pesquisas com seres humanos, encontra-se em vigor na legislação brasileira a Resolução 196/96, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, em 10 de outubro de 1996.

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por

seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (Capítulo IV da Resolução CNS 196/96), sendo, portanto, dever de todo e qualquer profissional de enfermagem promover a interrupção da pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa (art. 90 da Resolução do COFEN nº. 311/2007), bem como terminantemente proibida ao profissional de enfermagem a publicação de trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização (Art. 98 da Resolução do COFEN nº. 311/2007). (COFEN, 2007)

Por tratar-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, sabe-se que a fim de preservar a integridade física, moral e social dos sujeitos este estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da FACENE/FAMENE, respaldado por esta resolução, seguindo os trâmites legais previstos, orientações e normas, para então, ser executada conforme o planejamento.

No que se refere à instituição, foi enviado a Gerência Executiva do município de Antonio Martins uma solicitação de autorização para realizar a pesquisa no referido local.

Espera-se desta forma, atender as exigências legais para encaminhamento responsável e consciente da pesquisa.

#### 4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE disponibilizou as referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientador e banca examinadora.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Estratégias utilizadas para fazer o controle e a prevenção da hipertensão nos idosos

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com a comunidade. Assume o compromisso de prestar uma assistência integral à população na unidade de saúde e no domicílio de acordo com as necessidades, identificando fatores de risco aos quais ela está exposta, intervindo de forma apropriada. Propõe-se, dessa forma, a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação dos usuários, por meio do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, tendo sempre a saúde como direito de cidadania (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Realizamos orientações através de palestras educativas na área em que atua como também, no grupo de idosos do município. O trabalho é feito em encontros, com distribuição de medicamentos e controle e com verificação de PA e ECG. Orientações educativas como o acompanhamento de PA registrada na carteira de idosos; orientações nutricionais e caminhadas, exercícios físicos (Enf. 1).

Na realidade vimos que existe uma enorme diferença entre o que é dito pelos profissionais e o que realmente é feito de acordo com o Ministério da Saúde (2006), tanto o trabalho da equipe multiprofissional como um todo e, principalmente, a prática da equipe de Enfermagem que trabalha na Unidade Básica na Estratégia de Saúde da Família.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), e baseando-se pelo manual do hipertenso (2010), as práticas de prevenção e controle que estão sendo desenvolvidas por esses profissionais entrevistados deixam a desejar, pois se seguido corretamente a teoria, essas práticas seriam melhor trabalhadas, onde são feitas ações educativas como também o monitoramento desses pacientes portadores da hipertensão já que o público alvo são os idosos hipertensos e necessitaram, portanto, de um acompanhamento mais presente.

As práticas desenvolvidas ficam bem claras quando (Enf. 2) afirma:

Em todas visitas realizadas, orientamos os idosos, sobre a importância de uma alimentação saudável e a prática de exercícios físicos(Enf.2).

De acordo com Oliveira e Spiri (2006), a ESF constitui-se de equipes multiprofissionais que devem atuar em uma perspectiva interdisciplinar. Os membros da equipe articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada já que todos conhecem a problemática.

Dessa forma podemos perceber que os auxiliares de enfermagem que fazem parte da ESF realizam um trabalho mecânico, onde fica repetitivo o que deve ser feito na prevenção assim como no controle:

Agente verifica a pressão do paciente e orienta como eles devem tomar a medicação, orienta quanto alimentação também né. A mesma coisa quase em tomar a medicação direito, em ter cuidado na alimentação, exercício e caminhada, orienta aos familiares também (Téc.2).

Sabemos que o trabalho dos participantes da ESF que realizam as consultas do HIPERDIA vai bem mais além de acordo com o Ministério da Saúde (2010), e não está só associado ao mecanicismo como descrito pelo participante da pesquisa acima citado, pois para Miranzi (2008), o HIPERDIA soma-se às ações dos trabalhadores de saúde, e tem como proposta a prevenção e controle de complicações decorrentes da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo prescrito pela equipe e não só a distribuição de medicamentos e verificação de PA como descrito pelo Téc.2 anteriormente.

## **5.2 Referenciais teóricos (materiais) utilizados para realizar o trabalho de prevenção e controle da hipertensão arterial nos idosos**

Para Rosa e Franken (2007), a pessoa idosa tem suas particularidades e existem alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, como diminuição da atividade dos barorreceptores, alterações da composição corpórea, do metabolismo basal, do fluxo sanguíneo hepático e do ritmo de filtração glomerular, com alteração da absorção, da distribuição, da metabolização e da excreção da maioria dos medicamentos. No idoso, é comum a associação a outros fatores de risco cardiovasculares e doenças crônicas que frequentemente necessitam de vários medicamentos, potencializando o risco de interações medicamentosas e de efeitos colaterais.

Essas referências teóricas eu me oriento muito na questão assim na questão do hiperdia, pelo manual do hiperdia certo com aquele manual

você tem condições de trabalhar digamos assim satisfatoriamente tá certo (Enf.3).

Percebemos que os entrevistados citam apenas manuais e que não existe construção de conhecimento entre os profissionais da equipe, em relação às concepções dos profissionais da equipe multiprofissional sobre as práticas de educação em saúde, percebemos que as estratégias de educação em saúde utilizadas ainda estão pautadas em metodologias verticalizadas e muitas vezes ultrapassadas e o mais preocupante é que os mesmos acreditam estarem fazendo de forma correta. Vejamos na fala de alguns profissionais como isso se torna perceptível.

“Carteira do idoso e o próprio aparelho para olhar a pressão e anotar também” (Téc. 2).

Essa situação pode ter sido ocasionada devido à má distribuição e elaboração das atividades, quando os enfermeiros deveriam fazer o repasse do conhecimento de forma a capacitar os auxiliares de enfermagem a realizar um atendimento de melhor qualidade, os enfermeiros entrevistados em momento algum citaram a educação permanente, onde é feito esse repasse de informação que é de competência dos mesmos de acordo com Ministério da Saúde. Visto que as metodologias dos mesmos deixam a desejar, vale salientar que a falta de capacitação para toda equipe entra como fator significativo e perceptível, fica bem evidenciada a seguinte fala:

“Orientações básicas, fornecidas pelo programa hiperdia e estudo sobre Hipertensão” (Enf.1).

### **5.3 Principais Facilidades e dificuldades encontradas para realização deste trabalho**

Segundo Rosa e Franken (2007), além das alterações próprias do envelhecimento e das dificuldades no diagnóstico, a HAS no idoso frequentemente está associada a outras doenças, e muitos pacientes utilizam medicamentos que podem elevar a pressão arterial (PA).

“As dificuldades encontradas para realizar o trabalho com Hipertenso são as seguintes: Estrutura deficiente da Unidade de Saúde; Dificuldades para conscientizar os Hipertensos sobre a importância do tratamento, etc” (Enf.2).

Na realidade pode-se perceber que o que realmente falta não é um local adequado, com dito pelos entrevistados, pois uma falta de estrutura não é um fator de total relevância, pode-se ser levado em consideração como um fator agravante, mas não como explicação para a não adesão dos hipertensos ao tratamento. Portanto existe a necessidade de repassar de forma clara e objetiva as devidas informações de conscientização esses indivíduos e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, transmitindo informações usando uma linguagem simples e de fácil entendimento, facilitando assim a adesão ao tratamento.

Isso torna-se possível a partir de práticas educativas realizadas pela equipe de enfermagem, fazendo com que os hipertensos se conscientizem e sejam capazes de compreender de maneira positiva no seu próprio futuro.

Em contra partida analisamos a opinião do Enf. 3, que discorda totalmente do colega de trabalho, onde diz claramente:

“Em relação as dificuldades enfrentadas para trabalhar o programa hiperdia eu não tenho muita dificuldade não, primeiro eu gosto muito assim de trabalhar com essas pessoas as ações educativas certo, é o aceitação do pessoal é muito boa entendeu, o pessoal participa agente se reúne nas comunidades e o pessoal participa ativamente, a família participa até se compromete de orientar tá certo, é as vezes tem assim um caso isolado que digamos assim as pessoas são mais trabalhosas e a família chega pra mim e diz: olhe ele não tá fazendo do jeito que você disse tá entendendo, queria que você falasse com ele, sabe é um caso assim mais isolado, então agente já conversa e a pessoa realmente tem nos atendido as nossas orientações”(Enf.3).

“Colaboração dos usuários com a equipe. Alguns usuários só acreditam na orientação dada pelo médico” (Téc.1).

#### **5.4 Metodologias utilizadas nas ações de controle e prevenção da Hipertensão Arterial**

Os cuidados promovidos tanto para a prevenção como também para o tratamento propriamente dito da hipertensão arterial sistêmica, realizado em estruturas que trabalham sobre os princípios assistências da ESF, é positivo no sentido de ambos os cuidados serem ou deveriam ser, dispensados por equipe multiprofissional, uma vez que a hipertensão arterial é uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetivos, seu tratamento pode requerer o apoio dos profissionais em cuidado à saúde; além do médico, os enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgiões dentistas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física,

farmacêuticos, funcionários administrativos, agentes comunitários de saúde, dentre outros (BRAGA, 2006).

“Em relação a essa prevenção a melhorar digamos assim o trabalho, eu acho que agente poderia fazer um trabalho mais intenso na comunidade, todos os dias estar na comunidade eu acho que seria bem melhor, talvez não tivesse assim acontecido casos de pessoas ficar com a pressão descompensada” (Enf. 3).

O trabalho a ser realizado pela equipe de enfermagem na ESF deve ser um trabalho em equipe e realizado de forma integralizada, isso deve ser feito em todas as atividades desenvolvidas pela equipe, infelizmente não foi visualizado esse tipo de trabalho pela a equipe entrevistada, com isso fica impossível melhorar o serviço. O trabalho de prevenção é de fundamental importância e indispensável sua utilização para os hipertensos atendidos, pois a educação em saúde continua sendo a melhor maneira de conscientizar a população, dessa forma fazer os hipertensos aderirem ao tratamento e controlar suas pressões.

Para o segundo entrevistado existe outras causas que atrapalham a melhoria das atividades, como dita pelo Enf. 2:

“Mais apoio para o desenvolvimento das atividades; capacitação das equipes do PSF para o tratamento do hipertenso e melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde” (Enf.2).

A capacitação é um fator importante para a melhoria nos serviços de saúde, pois a equipe toda deve passar constantemente por capacitações para que os profissionais possam passar um trabalho de qualidade para a comunidade, já em relação à estrutura do local, isso não é um fator que possa interferir de forma ativa na melhoria da prevenção e do controle a HAS, o principal fator é sem dúvidas a educação em saúde e interação da equipe, dessa forma melhorando a assistência que o idoso hipertenso necessita.

Falando em Educação em Saúde, esta é uma ferramenta importantíssima na prevenção, tratamento e controle da hipertensão arterial, pois viabiliza maior adesão ao tratamento através do conhecimento das atitudes, percepções, entendimento e práticas do portador de hipertensão; do incentivo a participação ativa dos hipertensos no tratamento; da consideração das dificuldades e necessidades da clientela; do estabelecimento adequado da comunicação e interação entre os pacientes e profissionais de saúde; além de trabalhar os aspectos cognitivos e psicossociais dos usuários e buscar

o envolvimento da família no tratamento do portador de Hipertensão Arterial (PINOTTI; MANTOVANI; GIACOMOZZI. 2008).

A Estratégia Saúde da Família tem uma metodologia de assistência aos idosos portadores de hipertensão arterial em que seus pilares se encontram inseridos no Programa de Saúde do Idoso, bem como no Programa de HIPERDIA, em que ambas coordenam todas as atividades relacionadas com o atendimento ao idoso e especificamente aos portadores de hipertensão arterial e diabetes. Estes programas orientam e fundamentam as consultas médicas e de enfermagem, reuniões mensais, dinâmicas de grupo, a importância da educação em saúde por meio de palestras, etc. (MANUAL DE SAÚDE DO IDOSO, 2003).

“A identificação dos clientes Hipertensos é feito através da verificação da PA é realizado visita domiciliar nas casas dos idosos. Etc” (Enf.2).

“A metodologia é mais uma questão educativa certo, que você digamos assim passar esse conhecimento para as pessoas digamos assim é mais equilibrado, mais ativo, mais gratificante, os materiais eu gosto muito de slides, eu trabalho com slides, faço minha palestra sobre a hipertensão mostro figuras daquelas pessoas com pressões altas que podem ter um AVC, mostro aquelas pessoas diabéticas descompensadas e mutiladas, a aceitação é muito boa e depois que estamos fazendo esse trabalho de conscientização tem diminuído os casos de AVC” (Enf.3).

Não foi visualizado os encontros citados pelos entrevistados, nem mesmo um dia voltado para essa ação educativa, com isso fica impossível realizar uma educação em saúde de boa qualidade, também vale salientar que as reuniões citadas no decorrer da entrevista pela equipe entrevistada, onde um dos enfermeiros citou gostar de trabalhar educação e saúde com apresentação em slides e orientação à familiares não foi possível confirmar essa prática, pois essas ações segundo a equipe só é realizada nas visitas feitas na zona rural, e na zona urbana não foi citada nenhuma ação, a não ser entrega de medicação e verificação de PA. Isso não deveria ocorrer uma vez que é preconizado pelo Ministério da Saúde (2006), que a atenção prestada ao idoso hipertenso deve ser mais minuciosa, já que a hipertensão arterial é uma doença e não uma consequência do próprio envelhecimento e tem necessidade de que a equipe tenha um embasamento teórico e científico a cerca da patologia em questão.

Para Rosa e Franken (2007), a pessoa idosa tem suas particularidades e existem alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, como diminuição da atividade dos barorreceptores, alterações da composição corpórea, do metabolismo basal, do fluxo

sanguíneo hepático e do ritmo de filtração glomerular, com alteração da absorção, da distribuição, da metabolização e da excreção da maioria dos medicamentos. No idoso, é comum a associação a outros fatores de risco cardiovasculares e doenças crônicas que frequentemente necessitam de vários medicamentos, potencializando o risco de interações medicamentosas e de efeitos colaterais.

“Orientações sobre: Uso de medicação= Fazer o uso de forma correta; Dieta = Fazer o controle da dieta e alguma atividade física; Orientações educativas com os idosos e com seus cuidadores; Encontros com os profissionais especializados” (Enf.1).

“Todos fazem seu trabalho bem feito usando o material, que é o aparelho de pressão a medicação, os enfermeiros fazem palestras falando sobre a pressão e a diabetes, quando o médico vai faz a sua consulta normal dá orientação também, e sempre que agente vai o médico vai também e geralmente a gente só vai com o médico” (Téc.2).

Outro aspecto que foi levado em conta, foi o fato de que, apesar de ser um cuidado de enfermagem, grande parte dos enfermeiros (as) parecem manter certo afastamento de um atendimento mais minucioso que a patologia requer, não participando, portanto, da prevenção e controle, nem tampouco de um atendimento domiciliar como preconizado pelo Ministério da Saúde (2006), o que por sua vez acaba limitando a atuação dos mesmos a outras práticas assistenciais que os portadores da hipertensão arterial necessitam.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos depoimentos dados pelos entrevistados pode-se perceber que a forma de prevenção assim como de controle da hipertensão arterial para com os idosos é um pouco arcaica e não há um embasamento teórico atualizado, dessa forma o trabalho realizado pela equipe da ESF deixa a desejar, já que a hipertensão assim como qualquer outra patologia tem passado por modificações em relação ao seu tratamento e os profissionais devem estar bem fundamentados para saber agir no momento e hora certa.

As atividades de Educação em Saúde devem ser embasadas em uma metodologia de participação, como preconizado pelo o Ministério da Saúde (2006), deixando de ser um processo em que só os profissionais ditam e orientam, para ser um processo em os idosos hipertensos participem, dessa forma os indivíduos acompanhados pela ESF possam atuar como co-participantes, passando a ser uma troca de conhecimentos, desta forma à possibilidade de acontecer uma modificação na realidade vivenciada, tornando-se assim uma prática de transformação social melhorando o estilo de vida dos idosos portadores desta patologia.

O objetivo deste estudo parte do princípio que a hipertensão não é uma consequência da velhice e sim uma patologia que tem suas particularidades e requer tratamento minucioso tratando-se do idoso hipertenso, e que esse tratamento deve ser realizado pela equipe da ESF, dessa forma, conclui-se que a melhor maneira de fazer a prevenção e o controle da hipertensão arterial é fazer a conscientização da população prevenindo os fatores de riscos que levam à hipertensão, dessa forma evitando suas complicações.

Isso se tornará possível a partir de uma prática que visualize o hipertenso de forma integral, e que possibilite conhecermos o estilo de vida dos hipertensos, seus perfis e os fatores que contribuem para a elevação da pressão arterial, assim como, possibilitar que o indivíduo tenha a capacidade de fazer parte do seu tratamento conhecendo a patologia de forma clara e objetiva, dessa forma colaborar no seu tratamento evitando possíveis complicações e colaborando no seu processo saúde-doença.

Dessa forma isso só acontecerá quando os profissionais da ESF principalmente os enfermeiros comecem a fazer o que realmente é de sua competência, atuando de forma ativa fazendo a prevenção e o controle da hipertensão arterial evitando suas possíveis complicações, assim tem-se a necessidade de haver capacitações para os



profissionais, para que os mesmos sejam capazes e tenham embasamento teórico e científico para melhor desenvolverem suas atividades.

Outro fator importante é que haja a colaboração dos usuários, onde eles possam fazer parte de ações educativas desenvolvidas pela equipe, assim poder atuar de forma ativa no seu processo saúde doença e assim otimizar o tratamento.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- BARRETO-FILHO, J. A. S; KRIEGER, J. E. Genética e hipertensão arterial: conhecimento aplicado à prática clínica. **Rev. Soc. Bras. Card.** Estado de São Paulo, v.13, n.1, p. 46-55, 2003.
- BRAGA, E. R. **Reflexão da Ação Multiprofissional no Hiperdia: saúde bucal, hipertensão arterial e diabetes mellitus**. 13 f. Trabalho de conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família). Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Universidade de Uberaba, Uberaba, 2006.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Brasília: MS, 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: MS, 2006.
- CHAZAN, Ana Cláudia; PEREZ, Edson Aguilar. Avaliação da Implementação do Sistema Informatizado de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro. **Rev. APS**, v.11, n. 1, p. 10-16, jan./mar, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>> Acesso em: 25 mai. 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução do COFEN nº. 311/2007. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Disponível em: <<http://www.coren-sc.org.br/documentacao2/Res31107.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2011
- DELGADO, G. C; CARDOSO JUNIOR, J. C. **Como vai População Brasileira? Idoso e a Prevalência Rural no Brasil: A Experiência Recente da Universalização?1999**. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/pub/comovai/comovai0299.pdf#page=24>> Acesso em : 24 fev. 2011.
- FORTUNA, S. Magali. et al.O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 2, mar./abr. 2005. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692005000200020&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000200020&lng=es&nrm=iso)> Acesso em: 12 mar.2011.
- GIL, A. C.**Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- IRIGOYEN, M. C., et al. Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? **Rev. Soc. Cardiol.** Estado de São Paulo. V.13, n.1, p. 20-45, 2003.
- KRIEGER, E. M.; IRIGOYEN, M. C.; KRIEGER, J. E. Fisiopatologia da Hipertensão. **Rev. Soc. Cardiol.** Estado de São Paulo Vol 9 No 1 Jan/Fev 1999. Disponível em: <http://www.wagnersilvadas.com.br/wp-content/uploads/fisiopatologia-da-hipertensao.pdf> Acesso em:20 set. 2011.

- LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade:** epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. Rio de Janeiro: Hucitec ; Abrasco,1998.
- LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n.5, p. 637-42, 2004. Disponível em:<  
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n5/21750.pdf>> Acesso em: 08 mar. 2011.
- LUCCHENSE, Dr. Fernando. **Desembarcando a Hipertensão.** Porto Alegre: L&PM, 2010.
- MANUAL de saúde do idoso. Secretaria Municipal de Saúde. Santos/SP, 2003.
- MINAYO, M. C. S. O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- MIRANDA, R. D. et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Rev Bras Hipertens.**, v. 9, p. 293-300, 2002. Disponível em: [http://www.acemfc.org.br/modelo1/down/hipertensao\\_arterial.pdf](http://www.acemfc.org.br/modelo1/down/hipertensao_arterial.pdf) Acesso em: 11 mar. 2011.
- MIRANZI, S. S. Castro; et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e Hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.** v. 17, n.4, p. 672-9, Florianópolis, Out-Dez, 2008. Disponível em:<  
<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/010-016.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2011.
- OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da família:** considerações teóricas e aplicabilidade. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2010.
- OLIVEIRA, E. Machado; SPIRI, W. Carla. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n. 4, São Paulo, ago. 2006. Disponível em: <  
[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003489102006000500025&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003489102006000500025&script=sci_arttext)  
> Acesso em: 12 mar.2011.
- PAIVA, D. C. Profitti de; BERSUSA, A.A. Sanches; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 2, fev. 2006. Disponível em: <  
[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2006000200015&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2006000200015&script=sci_arttext)  
> Acesso em: 20 fev. 2011.
- PASSOS, V. M. de A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n.1, p. 35 – 45, 2006. Disponível em:<  
<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a03.pdf>> Acesso em: 08 mar. 2011.

PINOTTI, S.; MANTOVANI, M. F.; GIACOMOZZI, L. M. Percepção sobre a Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. **Cogitare Enferm.** 2008 Out/Dez; 13(4):526-34

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

ROSA, R. F.; FRANKEN, R. A. Fisiopatologia e diagnóstico da hipertensão arterial no idoso: papel da monitorização ambulatorial da pressão arterial e da monitorização residencial da pressão arterial. **Rev Bras Hipertens.** v.14, n.1, p. 21-24, 2007. Disponível em: < <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-1/06-fisiopatologia-diagnostico.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2011.

SILVA, J. L. L. Considerações sobre a classificação da Pressão Arterial: implicações nas ações de enfermagem. **Informa-se em Promoção de saúde**, n. 4, p. 01- 03, jul./dez., 2006.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, p. 330-335, 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA, R. A et al. Um Estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS. **Arq Bras Cardiol.**,v.88, n.4, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/abc/v88n4/13.pdf>> Acesso em: 12 mar. 2011.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. de C.; CHIESA, A. M. Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial: Uma Nova Ótica para um Velho Problema. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000200004&script=sci\\_abstract&tlng=e](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000200004&script=sci_abstract&tlng=e)> Acesso em: 06 mar.2011.

TRENTINI, Mercedes; TOMASI, Neusi; POLAK, Ymiracy. Prática Educativa na Promoção da Saúde com Grupo de Pessoas Hipertensas. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.1, n. 2, p. 19-24, jul/dez, 1996. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/8731/6052> Acesso em:20 agt.2011.

VI DIRETRIZES brasileiras de hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão.** v.17, n. 1, jan./mar. 2010.

ZAITUNE, M. P. do. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 2, fev. 2006. Disponível em:< [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2006000200006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2006000200006&script=sci_arttext&tlng=pt)> Acesso em: 11 mar. 2011.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ/FACENE/RN  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado (a) Sr. (a),

A presente pesquisa intitulada **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA** desenvolvida por Filomena Alésia da Silva, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, sob a orientação do professor Esp. Lucídio Clebeson de Oliveira, tem como objetivos: Caracterizar o atendimento e/ou assistência de enfermagem na prevenção e controle da Hipertensão Arterial em idosos no Município de Antonio Martins/RN; Identificar as estratégias existentes para o controle e prevenção da hipertensão arterial desenvolvidas pelos enfermeiros do Município; Descrever como são desenvolvidas essas estratégias de prevenção e controle.

Para alcançar tais objetivos, foi utilizado como instrumento para a coleta de dados, a aplicação de um questionário auto-aplicado, sob a forma de uma avaliação de múltipla escolha, a aplicação de uma entrevista semi-estruturada norteada por um roteiro de entrevista, bem como o uso da gravação eletrônica por meio de um aparelho de MP4.

Desta forma, venho, através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitar a sua participação nas citadas entrevistas e a autorização para utilizar suas falas para fins científicos (monografia, divulgação em revistas e eventos científicos como congressos, seminários, etc.). Convém informar que será garantido seu anonimato (podendo, no entanto utilizar pseudônimos), bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa. Você não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, após ter lido e compreendido as informações acima descritas, concordo em participar da pesquisa realizada por Filomena Alésia da Silva, acadêmica do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN.

Autorizo o uso das falas obtidas através das entrevistas semi-estruturadas, com o objetivo de desenvolver a pesquisa citada, como também a conclusão do trabalho monográfico do curso. Concedo também o direito de uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas, desde que mantenham o sigilo sobre minha identidade, podendo usar pseudônimos.

Fui informado (a) dos objetivos do estudo, estando ciente que a minha participação é voluntária e de que a qualquer momento posso pedir meu desligamento sem quaisquer prejuízos e/ou constrangimentos.

Mossoró, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011

---

Pesquisador Responsável<sup>1</sup>

---

Pesquisadora Participante

---

Participante da Pesquisa/Testemunha



---

<sup>1</sup> Endereço (Setor de Trabalho) do Pesquisador Responsável:  
Av. Presidente Dutra, 701 Bairro: Alto de São Manoel – Mossoró/RN  
CEP: 59.628-000 Fone/Fax: (084) 3312-0143  
e-mail: [lucidio@facenemossoro.com.br](mailto:lucidio@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](mailto:cep@facene.com.br)

## APÊNDICE B - Instrumento de Coleta De Dados

## INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Entrevista:

Idade: ( )

Tempo na Função: ( )

Função exercida:

Enfermeiro ( ) Técnico de enfermagem ( ) Auxiliar de enfermagem ( )

1- Quais as estratégias que você utiliza para fazer o controle da hipertensão nos idosos acompanhados? Comente um pouco sobre esse trabalho.

2- Quais as estratégias que você utiliza para realizar a prevenção da hipertensão nos idosos? Comente um pouco sobre esse trabalho.

3- Quais referenciais teóricos (materiais) vocês utilizam para realizar o trabalho de prevenção e controle da hipertensão arterial nos idosos?

4- Quais as facilidades e dificuldades encontradas para realização deste trabalho?

5- Como você acha que essa prática de prevenção e controle pode ser melhorada?

6- Quais as metodologias são utilizadas nas ações de controle e prevenção da Hipertensão Arterial?