



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

GLÁUCIA DE SOUZA ABREU ALENCAR

**SITUAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE IDOSOS ACOMETIDOS POR
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

CAJAZEIRAS – PB
2014

GLÁUCIA DE SOUZA ABREU ALENCAR

**SITUAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE IDOSOS ACOMETIDOS POR
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Banca Examinadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG/PB, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Betânia Maria Pereira dos Santos

CAJAZEIRAS – PB

2014

GLÁUCIA DE SOUZA ABREU ALENCAR

**SITUAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE IDOSOS ACOMETIDOS POR
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Aprovada em: 08/04/2014

Banca Examinadora:

Presidente Banca / Orientadora: Dra. Betânia Maria Pereira dos Santos

Examinadora Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte Farias

Examinadora Ms. Veruscka Pedrosa Barreto

Cajazeiras, 08 de Abril de 2014

Aos meus pais, Domicio Francisco de Abreu e Geralda Maria de Souza Abreu pelo exemplo de vida, perseverança e apoio incondicional. Obrigada pelo incentivo aos estudos, pelas orações, pela luta e por acreditarem em mim, sempre.

Dedico

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

A Deus, sobre todas as coisas, força que me mantém firme e perseverante.

Aos meus pais Geralda e Domício, pelos ensinamentos primeiros e fundamentais que me deram base e exemplo para seguir pelos caminhos do estudo e do trabalho digno. Pelo amor e apoio incondicional sempre a mim dado, por serem a razão primeira da minha garra e determinação.

A Gustavo, meu esposo, amigo e companheiro, que me acompanha nessa caminhada. Pelo apoio e presença constante, por ter estado e permanecer nas horas mais difíceis e mais felizes também, enquanto namorado, noivo e há dez anos meu esposo. Pelo carinho, amor, companheirismo e compreensão, por todo esforço e respeito pela nossa vida lado a lado.

Aos meus irmãos Maria das Dôres e José Lucas que os amos como mãe, gerados e mantidos até hoje em meu coração e pensamentos diários.

Aos meus cunhados, pelo amor e carinho sempre presente mesmo na distância física que hoje nos separa por motivos de estudos e trabalho necessários, às vezes difíceis, porém muito gratificantes.

Aos meus avós, Francisco e Espedita (in memoriam), que nos deixou fisicamente para habitar em nossos corações e lembranças eternamente, pelos ensinamentos que contribuíram diante de tantas situações vividas, em especial a minha avó e madrinha Maria Josefa de Sousa, que sempre tão meiga deixa meus dias mais felizes.

A Maria de Lourdes de Alencar Leite, in memoriam, minha sogra e mãe de coração, por ter entrado na minha vida e se tornado tão importante, pelos ensinamentos, conversas, conselhos e risadas, pelo amor que sempre teve para comigo.

A Professora Dra. Betânia Maria Pereira dos Santos, professora, amiga e orientadora, pelo apoio revelado desde o primeiro contato quando fostes minha professora no Curso Técnico em Enfermagem, um carinho e companheirismo que perdura até os dias atuais na

concretização da orientação desta monografia. Pelas críticas e sugestões relevantes feitas durante a orientação. E pela disponibilidade revelada ao longo destes anos.

A todos os professores que pude ter a honra de conviver e aprender durante esses quatro anos, em especial a Ariele Nóbrega e Edineide Nunes com quem pude iniciar o meu sonho de ser docente como monitora de ambas. A Eliane Leite Sousa com quem pude conviver e aprender no grupo de idosos o sentido da vida sentir-se amado e disponível. A Professora Dra. Maria do Carmo A. D Farias, pela contribuição direta para com este trabalho e com suas aulas de TCC sempre tão valiosas.

Aos colegas da turma pela amizade, em especial as minhas amigas/irmãs Anahí Lima, Heloísa Helena e Nívia Maria onde o companheirismo e a cumplicidade tornaram inesquecíveis os momentos vividos e se eternizaram nas lembranças de cada uma de nós, a vocês agradeço pelos ensinamentos compartilhados e os desejos de um futuro bem próximo nos unam novamente o destino atuando juntas, como uma equipe maravilhosa que sempre formamos.

Aos campos de estágio que possibilitaram a realização das práticas de Enfermagem, em especial a Unidade Básica de Saúde São José PAPS, nas pessoas de Suelânia e Gerlane que contribuíram imensamente para a minha vida profissional, ao Hospital Regional de Cajazeiras - HRC a todas as enfermeiras que nos acompanharam e principalmente aos nossos preceptores que tão prontamente estavam lá para nos ajudar e ao Hospital Universitário Júlio Bandeira - HUIB na pessoa da professora Mônica o meu muito obrigado.

Aos pacientes atores principais da nossa jornada, que se despiram de seu pudor para que academicamente eu pudesse por em prática tudo o que me foi passado na academia, pelas vezes que apenas nos olhamos e ouvimos um ao outro e nossas angústias e anseios foram sanados sem que fosse necessário o uso de medicações ou curativos e tudo foi compreendido, a eles dedico o meu mais terno sentimento de gratidão. Por vocês torno-me um ser profissional melhor.

A todos, Muito Obrigada!

"Aos que possuem o privilégio de envelhecer, cabe à
alegria de ter vivido o bastante para aprender as
preciosas lições da vida. Aos enfermeiros que cuidam de
idosos, vale a recomendação de que tão nobre tarefa
inclui a assistência a quem venceu o maior de todos os
obstáculos – **o tempo**".

(Marislei Brasileiro)

ALENCAR, Gláucia de Souza Abreu, **Situação Sociodemográfica de Idosos Acometidos por Hipertensão Arterial Sistêmica**. 44f. [Monografia - TCC]. Cajazeiras/PB: Curso de Enfermagem - Centro de Formação de Professores da UFCG; 2014.

RESUMO

Introdução: Envelhecer é um processo natural, multifatorial que caracteriza uma etapa da vida do homem e ocorre por mudanças físicas, psicológicas e sociais. O envelhecimento da população vem acelerando mundialmente devido a transição no seu perfil populacional. No Brasil, há um aumento significativo na população de idosos, o qual contribui no surgimento de doenças cardiovasculares, principal causa dos altos índices de mortalidade nesse grupo etário. Destacamos a Hipertensão Arterial Sistêmica-HAS, definida como elevação da pressão arterial sistólica e/ou diastólica. **Objetivo:** investigar a ocorrência de Hipertensão Arterial Sistêmica em idosos do município de Cajazeiras – PB. **Material e Métodos:** Estudo descritivo, exploratório, transversal, de abordagem quantitativa. A população constou de 10.050 idosos, segundo Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB da cidade de Cajazeiras-PB. A amostra aleatória totalizou em 348 idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família-ESF da Cidade de Cajazeiras - PB. Aplicamos aos sujeitos da pesquisa, um questionário, estruturado contendo questões sócio-demográficas. Foi aferida e registrada a pressão arterial-HA dos mesmos. Para as análises foi utilizado pacote estatístico, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0, estatística simples descritiva (frequência/percentual) e para o estudo da correlação entre as variáveis, utilizou-se o Risco Relativo (RR). **Resultados:** Verificou-se alta prevalência de HAS nesta pesquisa (73,9%), houve predominância do sexo masculino (77,3%), maior ocorrência de HAS entre os idosos com idade ≤ 71 (75,0%), residir na zona rural (79,2%), conviver com seu companheiro (77,4%) e renda de ≤ 1 salário mínimo (76,1%). **Conclusão:** Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, devem compreender as limitações e os aspectos incapacitantes enfrentados pelos idosos, que impedem o tratamento adequado da HAS e o estilo de vida satisfatório à prevenção de doenças e promoção da saúde, criando estratégias que visem amenizar ou sanar estas dificuldades.

PALAVRAS – CHAVE: Prevalência, Hipertensão Arterial, Idosos.

ALENCAR, Gláucia de Souza Abreu, **Sociodemographic status of elderly patients with Hypertension**. 44f. [Monograph - TCC]. Cajazeiras / PB: Travel Nursing - Center for Teacher Education UFCG; 2014.

ABSTRACT

Introduction: Aging is a natural process, multifactorial featuring a stage of human life and occurs by physical, psychological and social changes. Population aging is accelerating worldwide due to its demographic transition. In Brazil, there is a significant increase in the elderly population, which contributes to the development of cardiovascular diseases, the leading cause of high mortality in this age group. Highlight the Hypertension-HBP, defined as systolic blood pressure and / or diastolic. **Objective:** Investigate the occurrence of systemic hypertension in elderly in Cajazeiras - PB. **Material and Methods:** A descriptive, exploratory, cross-sectional study with a quantitative approach. The population consisted of 10,050 elderly, according to info -SIAB Primary City Cajazeiras. The random sample included 348 elderly in assisted by the Family-ESF City Cajazeiras- PB Health Strategy. We apply the research subjects a structured questionnaire containing sociodemographic questions. Was measured and recorded blood pressure - HA thereof. For the analyzes we used Statistical, Package for Social Sciences (SPSS), version 17.0, simple descriptive statistics (frequency / percent) and to study the correlation between the variables we used the Relative Risk (RR). **Results:** There High prevalence of hypertension in this study (73.9 %), were predominantly male (77.3%), higher incidence of hypertension among individuals aged ≤ 71 (75.0 %) reside in rural areas (79 2%), living with their partner (77.4 %) and income of ≤ 1 minimum wage (76, 1%). **Conclusion:** Health professionals, especially nurses, should understand the limitations and disabling aspects faced by older people, preventing proper treatment of hypertension and style satisfactory to disease prevention and health promotion life, creating strategies aimed mitigate or remedy these difficulties.

KEY - WORDS: Prevalence, Arterial Hypertension, Elderly.

SUMÁRIO

RESUMO.....	07
ABSTRACT.....	08
1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS.....	12
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1. ENVELHECIMENTO HUMANO.....	13
3.2. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS).....	14
3.3. ATIVIDADE FÍSICA E ALIMENTAÇÃO.....	15
3.4. QUALIDADE DE VIDA.....	17
4. MATERIAL E METÓDO.....	19
4.1. TIPO DE ESTUDO.....	19
4.2. LOCAL DA PESQUISA.....	19
4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	20
4.4. ASPECTOS ÉTICOS.....	21
4.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	22
4.6. COLETA DE DADOS.....	22
4.7. TRATAMENTO ESTATÍSTICO E ANÁLISE DOS DADOS.....	22
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	23
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS.....	23
6. CONCLUSÕES.....	28
REFERÊNCIAS.....	29

ANEXO

ANEXO A – Declaração do Comitê de ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande-PB

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de compromisso do pesquisador

APÊNDICE B – Termo de Compromisso do pesquisador participante

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE D – Instrumento de coleta de dados

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população vem se acelerando mundialmente. No Brasil pode-se constatar esse processo, como revelam dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Comparando os dois últimos censos (2000 e 2010), percebe-se um aumento significativo na população de idosos. Esses, no ano de 2000, indicavam 14,5 milhões de idosos brasileiros, acima dos 60 anos, o que correspondia a 8,6% da população total do país. (IBGE, 2010)

Atualmente, o Brasil possui mais de 20,5 milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade, o que já representa mais de 10% da população brasileira. Os números revelam que o envelhecimento da população brasileira deve-se, principalmente, a dois fatores: o reflexo do aumento da expectativa de vida, devido a ampliação da assistência no campo da saúde e a redução da taxa de natalidade. Há uma projeção para 2025 de aproximadamente 30 milhões de idosos. (IBGE, 2010)

Embora o envelhecimento populacional mude o perfil de adoecimento dos brasileiros, obrigando-nos a dar maior ênfase na prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, nossa maior atenção precisa se voltar para as políticas que promovam a saúde, que contribuam para a manutenção da autonomia e valorizem as redes de suporte social.

Envelhecer é um processo natural, multifatorial que caracteriza uma etapa da vida do homem e ocorre por mudanças físicas, psicológicas e sociais. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define cronologicamente a pessoa idosa aquela com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento.

Percebe-se em nosso meio, as precárias condições de saúde dos idosos e os riscos de desenvolverem doenças cardiovasculares, retratam por sua vez, sérios problemas nessa população. A esse despeito, as doenças cardiovasculares são as principais causas dos altos índices de mortalidade, e podem ocasionar incapacidades totais ou parciais (BRASIL, 2006). Dentre essas doenças podemos destacar a Hipertensão Arterial Sistêmica-HAS, foco da nossa investigação, é definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. (SBH, 2010)

A respeito dessa discussão atual emerge a seguinte questão: Qual é a prevalência de idosos acometidos pela HAS no município de Cajazeiras - PB? Os fatores sócios demográficos são risco para a HAS?

A descoberta e o acompanhamento da HAS precocemente são de suma importância para uma intervenção de qualidade, atentando que vários fatores de risco possam ameaçar a

saúde do idoso e, por isso devem ser controlados de forma eficaz, contribuindo para o direcionamento de esforços na construção de um futuro digno, para que eles possam desfrutar de uma vida plena e satisfatória.

Enquanto acadêmica do curso de graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, cursando algumas disciplinas, em especial Enfermagem em Clínica I bem como Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso, surgiu o interesse de estudar a HAS nesta faixa etária.

Diante da relevância de desenvolver um estudo investigativo, buscamos aprofundar os conhecimentos acerca da HAS e investigar a ocorrência dessa patologia em idosos na cidade de Cajazeiras – PB.

2 OBJETIVOS

2.1-Objetivo Geral

- Investigar a ocorrência de Hipertensão Arterial Sistêmica-HAS, em idosos do município de Cajazeiras-PB.

2.2-Objetivos Específicos

- Verificar a Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS em idosos do município de Cajazeiras-PB.
- Identificar a situação sócio-demográfica de idosos como fator de risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, no município de Cajazeiras-PB.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Envelhecimento Humano

O Estatuto do Idoso Brasil, (2003) evidencia em seus artigos 08 e 09, que o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção, um direito social, bem como, é obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa, a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição Federal e nas leis.

Diante de um contexto de grande desigualdade, é importante assegurar ao idoso o direito ao respeito de acordo com a inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideais e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais. É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

Uma projeção para o ano 2025 aponta para uma população de aproximadamente 30 milhões de idosos, o que colocará, em termos absolutos, o Brasil na 6ª população de idosos no mundo (IBGE, 2010). Embora o envelhecimento populacional mude o perfil de adoecimento dos brasileiros, se faz necessário que as ações dos profissionais de saúde, sobretudo do enfermeiro quanto a Sistematização da Assistência em Enfermagem, dê ênfase na prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, bem como uma maior atenção voltada para as políticas que promovam a saúde, contribuindo, assim, para a manutenção da autonomia e valorizando as redes de suporte social.

O aparecimento progressivo de doenças e dificuldades funcionais são fatores determinantes da incidência do estresse na terceira idade. Sendo assim, a capacidade funcional vem sendo vista como um novo paradigma de saúde para o idoso. A presença de doenças, a falta de autonomia, os fatores culturais, socioeconômicos e o estilo de vida podem comprometer a capacidade funcional de um indivíduo, afetando o bem-estar e o processo de envelhecimento saudável.

Conforme Cardoso (2009),

“a senescência resulta do somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas do envelhecimento normal, enquanto a senilidade é caracterizada por afecções que frequentemente acometem os indivíduos idosos.”

As doenças são as causadoras das disfunções orgânicas e, conseqüentemente, da aceleração do envelhecimento, processo de declínio gradativo das funções destas. As modificações fisiológicas que se produzem no decurso do envelhecimento resultam de interações complexas entre os vários fatores intrínsecos e extrínsecos e manifestam-se através de mudanças estruturais e funcionais. Seja qual for o mecanismo e o tempo de envelhecimento celular, este não atinge simultaneamente todas as células, tecidos, órgãos e sistemas. Cada sistema tem o seu tempo de envelhecimento, mas sem a interferência dos fatores ambientais, há alterações que se dão mais cedo e se tornam mais evidentes quando o organismo é agredido pela doença.

No entanto, torna-se de fundamental importância conhecer as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento e saber identificar as síndromes geriátricas para a prevenção da independência do idoso, pois tais síndromes estão geralmente relacionadas ao envelhecimento dos órgãos e sistemas, e podem ser agravados de acordo com o estilo de vida adotado pelo idoso. Em relação aos problemas musculoesqueléticos observa-se a prevalência de osteopenia, osteoporose, osteoartrite, reumatismos, instabilidade postural e quedas.

Com as mudanças fisiológicas, comuns a senescência, de acordo com Fagundes et al., (2004), é de grande importância o acompanhamento dessa classe para uma assistência humanizada e holística, visando o bem estar físico e mental desse grupo de indivíduos.

3.2 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

As doenças crônicas, como a HAS, ocupou lugar de destaque para os idosos. Acreditamos que é uma doença silenciosa, culmina em vários agravos a saúde e conseqüentemente a qualidade de vida dessas pessoas, no que diz respeito ao bom funcionamento fisiológico e de sua capacidade física e mental. Fato esse, que pode ser verificado, no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde, no acompanhamento dos idosos por parte da equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, nutricionistas, técnicos de enfermagem e outros). Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão - SBH (2010), a HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se, frequentemente, a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e a alterações metabólicas, ocasionando aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

De acordo com o Ministério da Saúde Brasil, (2006), considera-se HAS o indivíduo que apresente a PA maior ou igual a 140/90 mmHg sem estar fazendo uso de medicamento

para controle dos níveis pressóricos e que já tenha apresentado esse valor em eventos diferentes. (BRASIL, 2006)

Quadro 1 – Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).

Nota: Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

A Federação Internacional de Diabete (IDF), considera hipertenso o indivíduo portador de pressão arterial sistólica ≥ 130 mmHg e pressão diastólica ≥ 85 mmHg, valores considerados nesta pesquisa. (ALBERTI; ZIMETTI, 2005)

Os fatores de risco que estão relacionados com acometimento da HAS são idade superior a 60 anos de idade, excesso de peso e obesidade, sedentarismo, ingestão excessiva de sódio e álcool, genética, entre outros. (SBH, 2010)

A HAS é causa direta de cardiopatia e, também, é considerada fator de risco para doenças decorrentes como a aterosclerose e a trombose. Estas se manifestam, predominantemente, por isquemia cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência desses agravos, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm a HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca essa patologia na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006)

A HAS é um dos principais fatores de risco cardiovascular e pode resultar em consequências graves a alguns órgãos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos), além de ser considerado um grave problema de saúde pública pela sua cronicidade, pelos altos custos com

internações, pela incapacitação por invalidez e aposentadoria precoce. Os principais fatores de risco para a HAS incluem: hereditariedade, idade, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, sexo, anticoncepcionais e alta ingestão de sódio.

Outros fatores, tanto sociais quanto físicos, também são destacados, não por serem causadores da HAS, mas por estarem frequentemente associados a ela (baixo nível educacional, colesterol elevado e diabetes *mellitus*). Assim, pela sua estreita correlação com estilo de vida, a HAS pode ser evitada, minimizada ou tratada com a adoção de hábitos saudáveis.

Quadro 2- Aspectos relevantes da história clínica da pessoa com HAS.

Identificação: sexo, idade, raça e condição socioeconômica.
História atual: duração conhecida de HAS e níveis pressóricos; adesão e reações adversas aos tratamentos prévios; sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca; doença vascular encefálica; doença arterial periférica; doença renal; diabetes mellitus; indícios de hipertensão secundária.
Investigação sobre diversos aparelhos e fatores de risco: dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, perda de peso, características do sono, função sexual, dificuldades respiratórias.
História progressa: gota, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca. Nas mulheres, deve-se investigar a ocorrência de hipertensão durante a gestação, que é um fator de risco para hipertensão grave (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011).
História familiar: A história familiar positiva para HAS é usualmente encontrada em pacientes hipertensos. Sua ausência, especialmente em pacientes jovens, é um alerta para a possibilidade da presença de HAS secundária. Pesquisar também história familiar de acidente vascular encefálico, doença arterial coronariana prematura (homens <55 anos, mulheres <65 anos); morte prematura e súbita de familiares próximos.
Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, rede familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade.
Avaliação de consumo alimentar: incluindo consumo de sal, gordura saturada e cafeína.
Consumo de álcool: Alguns estudos apontam que a partir do consumo diário médio de 30 g de etanol, quantidade presente em duas doses de destilados, em duas garrafas de cerveja ou em dois copos de vinho, há aumento difuso e exponencial da pressão arterial em homens. Para mulheres, as quantidades de risco correspondem a metade destes valores (MOREIRA et al., 1998).
Medicações em uso: Consumo de medicamentos ou drogas que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento (corticosteroides, anti-inflamatórios, anorexígenos, antidepressivos, hormônios). A indagação sobre o uso de anticoncepcionais hormonais combinados não deve ser esquecida, dada a frequente associação entre seu uso e a elevação da pressão arterial (LUBIANCA; FACCIN; FUCHS et al., 2003).
Práticas corporais/ atividade física

Fonte: DAB/SAS/MS.

Neste sentido, a descoberta e o acompanhamento da HAS precocemente são de suma importância para uma intervenção de qualidade, em que vários fatores de risco que possam ameaçar a saúde do idoso sejam controlados de forma eficaz, contribuindo para o direcionamento de esforços na construção de um futuro digno, para que eles possam desfrutar de uma vida plena e satisfatória.

3.3 Atividade Física e Alimentação

A realização de atividades físicas em grupos de idosos constata-se que esse campo de pesquisa está em ascensão. Estudos apresentam tanto os benefícios fisiológicos quanto os fatores psicológicos que são fundamentais na diminuição dos fatores de risco e, conseqüentemente, da mortalidade, ampliando a longevidade desse grupo etário. De acordo com Nogueira et al., (2012),

“o exercício físico tem como objetivo final ou intermediário aumentar ou manter a saúde e a aptidão física, podendo propiciar benefícios agudos e crônicos. Dentre eles, destacam-se a melhora no condicionamento físico, a diminuição da perda de massa óssea e muscular, o aumento da força, coordenação e equilíbrio, a redução da incapacidade funcional, da intensidade dos pensamentos negativos e das doenças físicas, além da redução da pressão arterial sistêmica PAS”. (NOGUEIRA, et.,al 2012)

Esses benefícios trazidos pela realização de exercícios físicos agregados a uma alimentação saudável vão surtir um efeito satisfatório, não somente na redução da PAS, mas no controle de outras doenças crônicas degenerativas, tais como o Diabetes mellitus, a osteoporose, dentre outras.

A prática regular de exercício físico tem demonstrado prevenir o aumento da pressão arterial associado à idade, mesmo em indivíduos com risco aumentado de desenvolvê-la. Programas de atividade física têm demonstrado diminuir a pressão arterial sistólica e diastólica, tanto de indivíduos hipertensos como de normotensos.

Sendo assim, uma das principais maneiras de se obter uma melhor qualidade de vida é o desenvolvimento de programas que recomendem educação nutricional, que é uma importante medida para a prevenção e manutenção de uma vida saudável para o idoso. Como exemplo, podemos citar o Sistema Hiperdia, que realiza o acompanhamento clínico dos portadores de Hipertensão e Diabetes através da implantação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Por intermédio desse sistema, o

Governo Federal garante o envio dos medicamentos, a capacidade assistencial e cobertura populacional destas doenças, no âmbito da Atenção Básica. (BRASIL, 2006)

Para avaliação do diagnóstico nutricional dos idosos, a antropometria é muito útil e indicada, sendo um método simples e com boa predição para doenças futuras, mortalidade e incapacidade funcional, podendo ser usada como triagem inicial, tanto para diagnóstico quanto para o monitoramento de doenças. (FAGUNDES *et al*, 2004).

Na busca para uma melhor sistematização do atendimento à população idosa, percebemos que o estilo de vida desses sujeitos, cada vez mais, está dando espaço ao sedentarismo e a falta de um acompanhamento nutricional adequado para este grupo, bem como o uso indiscriminado do álcool e o tabaco, favorecendo o surgimento de várias doenças, inclusive a HAS.

O processo de reeducação nutricional dos idosos, o acompanhamento desse grupo por parte da Enfermagem e de outros profissionais, busca oportunizar mudanças de hábitos alimentares para esses indivíduos, pois para Garcia (2003), as práticas alimentares têm sofrido mudanças influenciadas tanto pelos avanços tecnológicos na indústria de alimentos como na agricultura, necessidade de adaptação à vida moderna, evidenciada pela escassez de tempo para o devido preparo e consumo dos alimentos, realização das refeições fora do lar, dentre outras.

3.4 Qualidade de Vida

O idoso é sujeito-cidadão, que tem deveres e direito a uma vida que garanta dignidade e qualidade no que concerne ao seu bem-estar e à ausência de riscos. (FIGUEIREDO; TONINI, 2006)

A qualidade de vida passa a ser uma preocupação mundial, sendo considerada pelos estudiosos um desafio para os que buscam meios que possam ser implantados no cotidiano, com objetivo de apontar sugestões em busca de bons resultados. Segundo Tavares (2013) o conceito de qualidade de vida, conforme a Organização Mundial de Saúde-OMS, está relacionada com “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. (TAVARES, 2013, p. 212)

O envelhecimento da população e suas consequências é um tema que tem sido investigado, necessitando de ser implementado, visando atender as novas demandas relacionadas às necessidades de saúde sejam elas sociais, culturais, espirituais, entre outras.

Com o aumento da expectativa de vida observam-se mudanças no padrão de morbimortalidade, com destaque para o aumento das doenças crônicas, em especial as cardiovasculares. Sendo a hipertensão arterial (HA) uma doença de alta prevalência entre os idosos é importante fator de risco para o aumento das doenças cardiovasculares.

Tomando como referência esse conceito, todos os indivíduos, principalmente os idosos, devem buscar cada vez mais o apoio da equipe de Enfermagem e demais profissionais da área de saúde, no que concerne ao processo educativo que servirá como orientação das medidas que comprovadamente reduzem a PA, tais como, hábitos alimentares adequados para manutenção do peso corporal e de um perfil lipídico desejável, estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução da ingestão de sódio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução do estresse e abandono do tabagismo (CHOBANIAN; OMS, 2003). Essas medidas reduzem a PA, possuem baixo custo, ajudam no controle de fatores de risco para outros agravos, aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso e reduz o risco cardiovascular. (SEGA et al., 2005)

Nesse sentido, se faz necessário envidar esforços para um estilo de vida adequado, mesmo com as limitações enfrentadas com o processo de envelhecimento.

O quadro a seguir, demonstra o impacto de cada mudança de estilo de vida na redução da PAS.

Quadro 3 – Modificações de estilo de vida para manejo da HAS.

MODIFICAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	REDUÇÃO DA PA EM mmHg
Redução de peso	Manter IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m ² .	5 a 20
Alimentação saudável	Rica em frutas e vegetais. Pobre em gordura total e saturada.	8 a 14
Atividade física	Atividade aeróbica, por 30 minutos pelo menos dois dias da semana.	4 a 9
Moderação no consumo de álcool	É aconselhável evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Quando não for possível, recomenda-se que consumo de álcool não ultrapasse 30ml de etanol/dia (90ml de destilados, ou 300ml de vinho ou 720ml de cerveja), para homens e, 15ml de etanol/dia para mulheres e	2 a 4

	indivíduos de baixo peso.	
--	---------------------------	--

Fonte: (CHOBANIAN et al., 2003)

Diante do exposto, percebe-se a relevância nas mudanças dos estilos de vida que são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PAS limítrofe. Mudanças de estilo de vida reduzem a PAS bem como a mortalidade cardiovascular. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos visando sempre uma alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória tem por finalidade a busca pela informação de específico objeto, demarcando, dessa forma, o campo de trabalho, mapeando as situações de manifestações desse objeto. (SEVERINO, 2007)

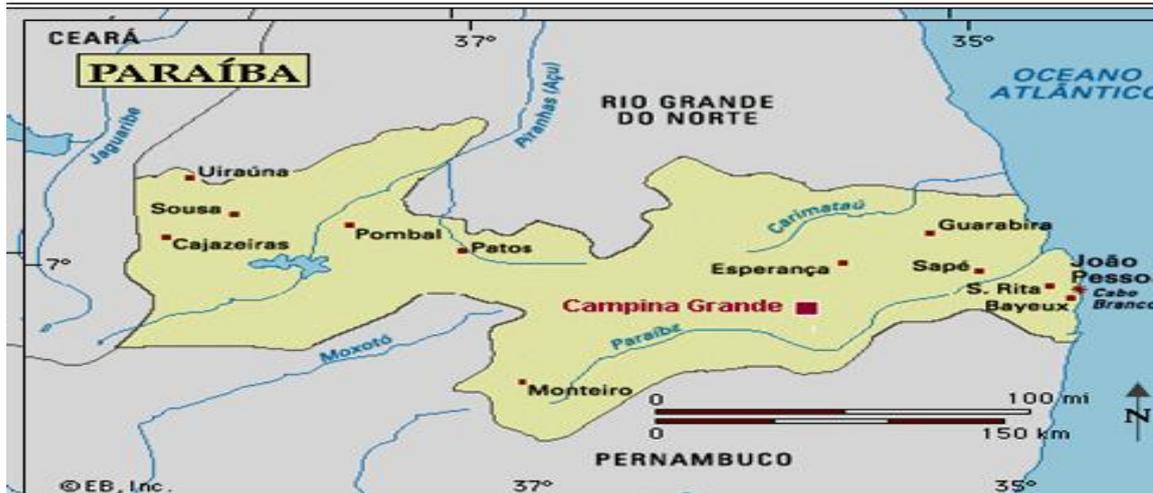
Para Rodrigues (2007), o estudo descritivo é desenvolvido sem interferência do pesquisador, a partir de técnicas padronizadas para coleta de dados, com questionário e anotação sistemática, de modo que os eventos sejam percebidos, registrados, analisados, considerados e, por fim, interpretados. O estudo transversal caracteriza os sujeitos de uma população em vista de suas particularidades e suas histórias de exposição a fatores eventuais suspeitos, vistos em um único momento.

Quanto à abordagem quantitativa, utiliza-se de técnicas estatísticas, informações numéricas e amostras amplas para classificação e análise da pesquisa, avaliando a importância, o risco, a gravidade e a propensão a agravos e ameaças através da quantificação. (MARCONI; LAKATOS, 2010)

4.2 Local da Pesquisa

Foi realizada nas residências dos idosos, situadas na cidade de Cajazeiras-PB. Esta cidade do alto sertão paraibano se encontra a 477 km da capital – João Pessoa-PB, ocupa uma

área de 565,8 km². Perfaz uma população total de 58.446 habitantes, sendo 27.938 homens e 30.508 mulheres. (IBGE, 2010)



Fonte: Santos, 2013

4.3 População e Amostra

Foram considerados os idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família-ESF, registrados nas 15 Unidades Básicas da ESF, distribuídas no Campo e no perímetro urbano do município de Cajazeiras-PB.

A população desta pesquisa constou de 10.050 idosos cadastrados no Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB da cidade de Cajazeiras-PB. No entanto no corrente ano de 2014 os dados atualizados da população idosa na cidade são de 10.964, sendo 4.710 homens e 6.254 mulheres.

Foram selecionados aleatoriamente 371 idosos, sendo que a amostra obtida foi 348 idosos. Como critérios de inclusão, foram considerados os idosos com Idade \geq a 60 anos, ambos os gêneros, não institucionalizados, atendidos pela ESF no município de Cajazeiras, PB e concordado participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE .

4.4 Aspectos Éticos

Consideramos os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos contemplados na Resolução Nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde/CNS. Para tanto,

foi elaborado o TCLE (Apêndice C) proposta em linguagem simples e acessível ao entendimento dos idosos, informações sobre o objetivo do estudo, liberdade em de participar deste estudo, o direito a privacidade, bem como de desistir em quaisquer fases desta pesquisa, sem prejuízo para sua imagem e assistência. O TCLE, foi devidamente assinado pelo idoso, após concordado em participar da pesquisa.

Vale ressaltar que todas as exigências éticas que envolvem pesquisas com seres humanos foram adotadas e explicadas aos mesmos. O pesquisador entrevistou o mínimo possível nas respostas dos participantes, e suas orientações corresponderam apenas à forma de responder o instrumento.

4.5 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados

A técnica para coleta dos dados foi a de entrevista. O instrumento foi um questionário sócio-econômico-demográfico, contendo questões referentes à idade, gênero, situação conjugal e a renda familiar. Foi aferida e registrada a PAS. (Apêndice D)

Dessa forma, optou-se, para coleta das informações e análise dos dados a aplicação de um questionário (APÊNDICE D) com questões abertas e fechadas. Esse instrumento foi manipulado pelo pesquisador para consolidação dos dados, tendo em vista as respostas apresentadas pelos sujeitos participantes da pesquisa.

4.6 Coleta de Dados

Esta pesquisa é parte de uma tese de doutorado intitulada: **Prevalência de Síndrome Metabólica em Idosos de um Município do Nordeste Brasileiro**. Foi aprovado pelo comitê de ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande-PB, processo de número 20111509-037, datado em 04 de novembro de 2011 (ANEXO A).

O período de coleta dos dados foi de novembro de 2011 a maio de 2012.

Inicialmente, foi agendado a visita domiciliar para a assinatura do TCLE, aplicação do questionário sociodemográfico e aferição da PA.

Após aplicação do questionário sociodemográfico foi aferida a PA com um esfigmomanômetro aneróide, previamente calibrado, com manguito 12 x 23 cm e, para idosos obesos 17 x 32 cm. As medidas foram obtidas em posição sentada, após período de repouso de no mínimo vinte minutos e com a bexiga vazia. Foram realizadas no mínimo duas medidas

com intervalo mínimo de um a dois minutos entre elas. Por fim foi considerada a média das duas aferições.

A HAS foi classificada, segundo recomendação da Federação Internacional de Diabetes (IDF), a qual considera HAS o indivíduo portador de pressão arterial sistólica ≥ 130 mmHg e pressão diastólica ≥ 85 mmHg. (IDF, 2005)

4.7 Tratamento Estatístico e Análise de Dados

Esta pesquisa teve uma abordagem quantitativa e os dados coletados foram organizados e tabulados em planilha eletrônica no programa Microsoft Office Excell 2007, analisando as variáveis estatisticamente. Para as análises foi utilizado pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Versão 17,0. Para o estudo da correlação entre as variáveis utilizou-se o Risco Relativo (RR), um teste de hipótese, que, conforme Rothman, (2011), significa uma relação (rácio) entre a probabilidade de um evento ocorrer num grupo exposto e a probabilidade de ocorrer no grupo de controle (não exposto), ou seja, é o risco de um evento relativo à exposição. Assim, representa uma medida da força da associação entre o fator de risco e a ocorrência do agravo, e representada através da seguinte fórmula e tabela 2X2, respectivamente:

	Doentes	Não Doentes
Expostos	a	b
Não expostos	c	d

Fonte: Rothman, 2011

$RR = \text{Risco (expostos)} / \text{Risco (não exposto)}$.

$$RR = \frac{\frac{a}{a+b}}{\frac{c}{c+d}}$$

Interpretação do RR:

- Quando o RR é **menor** que 1, a associação sugere que o fator estudado teria uma **ação protetora**.

- Quando o RR apresenta valor **entre** 1 e 1,5, atestamos que a probabilidade de risco pode ser não causal. (fraca associação)
- Quando o RR é **maior** que 1,5 a associação sugere que o fator estudado seria um **fator de risco**;
- Quanto maior o RR, maior a força da associação entre exposição e o efeito estudado.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Características Sociodemográficas dos Idosos Investigados

Observa-se na tabela 1, alta prevalência da HAS (73,9%) entre os idosos pesquisados.

A Pressão Arterial tem uma fisiologia própria do envelhecimento, os componentes sistólico e diastólico aumentam gradativamente em ambos os sexos. Os fatores causais da HA primária ocorrem devido a disfunção do sistema nervoso autônomo, disfunção do sistema renina-angiotensina-aldosterona, variações genéticas na reabsorção de sódio renal e resistência à insulina. Enquanto que na HA secundária, as causas mais comuns são, a feocrocitoma, hipertireoidismo e hipotireoidismo, doença renal crônica, entre outras. Na mulher, além destas causas, um dos principais motivos que levam a apresentarem mais problemas cardiovasculares do que os homens é a redução hormonal característica da menopausa, por perderem a proteção estrogênica, hormônio que ajuda na proteção das artérias.

Neste estudo, observamos maior percentual de idosos do sexo feminino (66%). Cabe ressaltar que o aumento da feminização da velhice é um processo em curso. Com o advento da vida moderna, evidenciado pela urbanização e industrialização o modelo patriarcal vem se transformando, além da entrada da mulher no mercado de trabalho. Conforme Nicodemo e Godoi (2010, p. 42)

“existem no mundo cerca de 302 milhões de mulheres e 247 milhões de homens com 60 anos de idade ou mais, deixando evidente que está ocorrendo uma predominância das mulheres, fenômeno que vem sendo chamado de “feminização da velhice”. Em média, as mulheres vivem cerca de 7 anos a mais que os homens.”(NICODEMO E GODOI , 2010, p.42)

Na tabela 1 ainda estão expressos os dados de procedência dos idosos, prevalecendo a zona urbana, com 79,3%. Acerca da situação conjugal (com companheiro e sem companheiro) e renda (≤ 1 SM e > 1 SM) os percentuais encontrados nas duas subcategorias de cada uma dessas 2 variáveis foram praticamente equivalentes, não sendo encontradas diferenças percentuais significativas entre os grupos. Destacamos que a renda máxima encontrada foi de até três salários mínimos e a mínima foi menor que um salário mínimo.

Tabela 01 – Caracterização de idosos (n=348) quanto à HAS e dados sociodemográficos no município de Cajazeiras, Paraíba, 2011-2012.

Características	n	%
Com HAS	257	73,9
Gênero		
Feminino	229	66,0
Idade		
≤ 71	188	54
Residência		
Urbana	276	79,3
Situação Conjugal		
Com companheiro	177	50,9
Renda		
> 1 SM	189	54,3

Fonte: dados da pesquisa

Nota: Salário Mínimo (SM) vigente: R\$ 512,00

Frente aos achados, foi feita a associação de risco relativo (*RR*) dos dados sociodemográficos para a ocorrência ou não da HAS nos idosos investigados, conforme expresso na Tabela 2.

Pela associação, percebemos que a HAS foi mais prevalente no grupo de idosos do sexo masculino (77,3%). Esses achados coadunam com os encontrados por Massa et al., (2012), em que a prevalência de HAS foi maior entre os idosos do sexo masculino 231 (67,6%), bem como aos encontrados por Brindela et al., (2006), na França.

Tabela 02 – Risco de dados sociodemográficos para a ocorrência da HAS em 348 idosos residentes no município de Cajazeiras, Paraíba, 2011-2012.

Dados sociodemográficos	HAS				RR
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Gênero					
Masculino	92	77,3	27	22,7	0,93
Feminino	165	72,1	64	27,9	
Idade					
≤ 71	141	75,0	47	25,0	0,97
> 71	116	72,5	44	27,5	
Residência					
Rural	57	79,2	15	20,8	0,91
Urbana	200	72,5	76	27,5	
Situação Conjugal					
Com companheiro	137	77,4	40	22,6	1,1
Sem companheiro	120	70,2	51	29,8	
Renda					
≤ 1 SM	121	76,1	38	23,9	1,1
> 1 SM	136	72,0	53	28,0	

Fonte: dados da pesquisa

Nota: Salário Mínimo (SM) vigente: R\$ 512,00

RR: Risco Relativo

De acordo com as diretrizes da SBH (2010), a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década. A maioria das pesquisas aponta para uma maior prevalência da HAS para idosos do sexo masculino. Pode-se fazer essa associação devido aos homens estarem mais expostos aos fatores de risco (tabagismo, alcoolismo, obesidade, dentre outros), mas esses resultados não são conclusivos tendo em vista que o número de mulheres que também estão expostas a estes fatores está aumentando.

Quanto a faixa etária, os idosos com ≤ 71 anos apresentaram um percentual de 75% (141) da amostra. Este resultado contraria os expressos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia que, no ano de 2010, registrou uma prevalência de 75% de HAS em indivíduos com mais de 70 anos. Segundo Mendes (2008), as elevações da PA são observadas durante o ciclo da vida, nas pessoas com mais de 60 anos, a prevalência de desenvolver a HAS é de 60%. Com o envelhecimento, ocorrem alterações na anatomia e fisiologia cardiovascular, mesmo na ausência da doença, que fazem aumentar a pressão sanguínea. Entretanto, na presente pesquisa a prevalência de HAS foi praticamente equivalente nos 2 grupos etários investigados, com uma tendência maior para os de menor idade. (Tabela 2)

Quando comparada a ocorrência da HAS entre os idosos residentes na zona urbana e rural, verificamos um maior percentual entre os idosos residentes da zona rural (79,2%). Contradizendo esta pesquisa, estudos realizados por Cipullo et al., (2012) e Nascente et al., (2010), destacaram taxas elevadas para idosos moradores em centros urbanos.

No entanto, sabe-se que o homem do campo ainda carece de um maior acompanhamento por parte das ESF, tendo em vista a falta de informação aos sintomas e tratamento da HAS, como, também, a falta de conhecimento dos fatores de risco que agravam essa patologia nos idosos. Muito embora, se observe que os hábitos e costumes do homem do campo estão cada vez mais próximos do homem urbano, considerando a forte influência da globalização e dos veículos de comunicação de massa que já se fazem presentes na cultura campesina.

Quando analisado a situação conjugal observou-se que idosos que convivem com o cônjuge (77,4%), tiveram maior ocorrência de HAS, em comparação aos idosos sem companheiros (Tabela 2). Corroborando esta pesquisa, o estudo realizado por Tavares et al., (2013), encontraram que a HAS prevaleceu entre os idosos com companheiros (65,1%).

Ao supor que existe uma influência entre a situação conjugal do idoso e a fato de ter ou não HAS é necessário que sejam investigados outros fatores que estejam associados a este aspecto, como por exemplo, a saúde, os hábitos alimentares e o estilo de vida do/a companheiro/a. Porém, é sabido que o acompanhamento por parte do companheiro é muito importante para o tratamento da HAS em idosos, pois a sua presença contribui desde a supervisão da medicação até a sensação de proteção, segurança de ter alguém de confiança ao seu lado. Entretanto, nessa pesquisa, a presença de companheiro apresenta-se como fator de risco para a HAS ($RR=1,1$), sendo considerada uma fraca associação. (Tabela 2)

Encontramos, também, conforme a tabela 2, que a HAS foi mais prevalente no grupo de idosos com renda familiar ≤ 1 SM (76,1%). Resultado que, conforme o $RR=1,1$, essa variável sociodemográfica apresenta-se como fator de risco para a HAS, mas considerada uma fraca associação. (Tabela 2)

A renda constitui um aspecto que influencia diretamente no controle da HAS, uma vez que tendo o idoso a condição financeira suficiente para arcar com as despesas para o seu sustento e manutenção da saúde, as chances para controle da doença são maiores em comparação com aquele que não tem como se manter. Sabe-se que o Governo Federal vem implementando políticas de promoção à saúde do idoso, no tocante ao controle da HAS, pois os medicamentos utilizados para o tratamento são distribuídos de forma gratuita para aqueles que atestarem comprovadamente essa patologia, mais parece ainda insipiente.

No entanto, os cuidados com alimentação, com a saúde em geral do idoso, na realização de exames periódicos demandam uma destinação maior da renda, o que parece impossível para aquele que apresenta uma renda menor ou igual a um salário mínimo.

Nesta pesquisa, verificou-se que as variáveis gênero, idade e residência não são fatores de risco para a ocorrência de HAS, uma vez que o *RR* foi inferior a 1 (um). O fato de as variáveis situação conjugal e renda terem se apresentado como fatores de risco para a HAS, merece maior investigação destas atreladas a outros fatores, uma vez que o *RR* encontra-se entre 1 e 1,5, atestando que a probabilidade de risco pode ser não causal. (ROTHMAN, 2011)

6. CONCLUSÕES

Dos resultados encontrados destacamos que:

- Houve alta prevalência de HAS nesta pesquisa (73,9%);
- Na população estudada que houve predominância de HAS no grupo do sexo masculino (77,3%);
- Houve maior ocorrência de HAS entre os idosos com idade ≤ 71 (75,0%);
- Quanto a situação conjugal, a HAS predominou em idosos que viviam com companheiro (77,4%);
- No que concerne à renda, 76,1% dos idosos com HAS tinham renda ≤ 1 salário mínimo;
- As variáveis situação conjugal e renda foram consideradas fraco risco para a ocorrência da HAS.

Todas as afirmações descritas ao longo de nossa análise demonstram que os estudos da HAS através das características sociodemográficas ainda são incipientes, e que há a necessidade em que outros fatores, sobretudo sociais e estilo de vida sejam investigados quanto ao risco para a ocorrência dessa enfermidade.

Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, devem compreender as limitações e os aspectos incapacitantes enfrentados pelos idosos, que impedem o tratamento adequado da HAS e o estilo de vida satisfatório à prevenção de doenças e promoção da saúde, criando estratégias que visem amenizar ou sanar estas dificuldades e minimize a ocorrência de HAS nesta faixa etária. É um desafio para esses profissionais, que devem estar capacitados para acolherem os idosos de forma mais eficaz, através de orientações frequentes, grupos educativos e acompanhamento domiciliar.

Espera-se que este estudo possa colaborar na elaboração de políticas públicas nos campos da saúde e educação, incentivo a outras pesquisas, quanto à abordagem ao idoso com HAS.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, K.G.M.N; ZIMETTI, P. S. J. **International Diabetes Federation IDF Epidemiology Task Force Group**: the metabolic syndrome-a new worldwide definition. *Lancet* 2005; 366: 1059-1062.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatística Populacional/Senso 2000/2010** Disponível em: www.ibge.gov.br/catálogos/indicadores. Acesso em nov. de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. – 1. ed. 2.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 15, Brasília - DF, 2006.

BRINDELA et., al. **Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the elderly: the Three City study for the 3C Study Investigators**. *J Hipertens*. 2006; 21:51-58.

CARDOSO, Andrea Ferreira. Particularidades dos idosos: uma revisão sobre a fisiologia do envelhecimento. **Revista Digital** – Buenos Aires – Ano 13 – Nº 130 – Março de 2009. Disponível em: < <http://www.efdeportes.com/efd130/idosos-uma-revisao-sobre-a-fisiologia-do-envelhecimento.htm> > Acessado em nov. 2013.

CHOBANIAN, A. V. et., al. **The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure**. The JNC 7 report. *JAMA*, [S.l.], v. 289, n. 6, p. 2560-2572, dez. 2003.

CIPULLO, J.P. et., al. **Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana Brasileira**. *Arq Bras Cardiol*. 2010;94 (4):519-26.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I. ; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FAGUNDES, A. A. et., al. Vigilância alimentar e nutricional. **SISVAN orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FIGUEIREDO, N. M; TONINI, T. **Gerontologia; atuação da enfermagem no processo do envelhecimento**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2006.

GARCIA, W.D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Rev. Nutr.** V.16 n.4 Campinas out/dez. 2003.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7^a ed. São Paulo: Atlas, p. 149, 2010.

MASSA, et., al. **Prática e Atividade Física em Quatro Domínios em Idosos com Hipertensão Arterial Referida no Município de São Paulo: estudo de base populacional.** Ver Bras Ativ Fís e Saúde. Pelotas/RS Fev 2012.

MENDES, R; BARATA, J.L.T. **Envelhecimento e Pressão Arterial.** Acta Med Port. 2008; 21 (2): 193-98

NASCENTE, et., al. **Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte.** Arq Bras Cardiol. 2010;95(4):502-9.

NICODEMO, Denise; GODOI, Marilda Piedade. Juventude dos anos 60-70 envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Rev. Ciênc. Ext.**, v. 6, n.1, p. 40-53, 2010. Disponível em: http://200.145.6.204/index.php/revista_proex/article/view/324>. Acesso em: 05 de abr. 2014.

NOGUEIRA, Ingrid Correia et., al. Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** Vol. 15, n. 03, Rio de Janeiro – RJ, Jul/Set 2012.

O.P.S. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2003.

RODRIGUES, W. C. **Metodologia Científica.** Paracambi, 2007. Disponível em: <http://www.ebras.bio.br/autor/aulas/metodologia_cientifica.pdf> Acesso em: 10 de dezembro de 2013.

ROTHMAN, et.,al **Epidemiologia Moderna.** Porto Alegre: Artmed, 2011

SANTOS, B. M. P dos. **Prevalência de Síndrome Metabólica em Idosos de um Município do Nordeste Brasileiro.** 58f. Tese (Doutorado em Medicina e Saúde) - Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2013

SBH (Sociedade Brasileira de Hipertensão). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. **Revista Hipertensão.** Ano 13, Vol. 13. Num. 01. Jan., fev. e mar. 2010.

SEGA, R. et., al. Prognostic value of ambulatory and home blood pressures compared with office blood pressure in the general population: follow-up results from the Pressioni Arteriose Monitorate e Loro Associazioni (PAMELA) study. **Circulation**, Baltimore, v. 111, n. 14, p. 1777-1783, apr. 2005.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico.** 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

TAVARES, Darlene M. dos Santos, et., al. Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial. **Rev Eletrônica de Enfermagem.** Vol. 13. n. 2. Goiás – GO, abr/jun 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a07.htm>. Acessado em nov. 2013.

ANEXO

ANEXO A



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que em reunião de 26/ 10/ 2011 foi aprovado o **Processo n.º. 20111509 – 037** intitulado: **Síndrome Metabólica em idosos de um município do Nordeste do Brasil.**

Projeto a ser realizado no período de: Novembro de 2011 a Dezembro de 2012.

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução n.º. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra com um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC, em 30 dias (trinta dias), relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos HUAC em data a ser acordada entre pesquisador e CEP/ HUAC.

Karynna M. Barros da Nóbrega.
Karynna Magalhães Barros da Nóbrega
Coordenadora CEP/ HUAC/ UFCG.

Campina Grande - PB, 04 de Novembro de 2011.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br

APÊNDICES

APÊNDICE A



TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Pesquisa: SITUAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE IDOSOS ACOMETIDOS POR HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Eu, **BETÂNIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS**, professora da Unidade Acadêmica de Enfermagem ETSC - CFP/UFCG, portadora do RG 1.0006629, SSP/PB e CPF: 455538074-68 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/2012 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Responsabilizo-me também pelo projeto de pesquisa, pelo fiel acompanhamento das atividades de pesquisa, pela orientação do pesquisador colaborador, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Dra. Betânia Maria Pereira dos Santos
Pesquisadora

Cajazeiras, 15 de novembro de 2012.

APÊNDICE B



TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR PARTICIPANTE

Pesquisa: SITUAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE IDOSOS ACOMETIDOS POR HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Eu, **GLÁUCIA DE SOUZA ABREU ALENCAR**, aluna da Unidade Acadêmica de Enfermagem - CFP/UFCG, portadora do RG 2938252 SSP/PB e CPF: 073.523.634-83 responsabilizo-me, junto com a minha orientadora, a professora Betânia Maria Pereira dos Santos a desenvolver o projeto de pesquisa proposto, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/2012 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com a mesma, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande, e pelos relatórios da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Gláucia de Souza Abreu Alencar
Pesquisadora Participante

Cajazeiras, 15 de novembro de 2012.

APÊNDICE C



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

1. INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE

1.1 Este termo de consentimento livre e esclarecido obedece às exigências da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que, no Brasil regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Seu principal objetivo é assegurar e preservar os direitos dos participantes da pesquisa.

1.2 O consentimento livre e esclarecido do participante é uma exigência não só do Brasil, mas de todos os códigos internacionais e é, sem dúvida, um dos pilares da ética nas pesquisas científicas.

1.3 No Brasil, a resolução CNS 196/1996 estabelece que o pesquisador deverá suspender imediatamente o experimento quando perceber a possibilidade ou a ocorrência de um risco ou dano ao sujeito da pesquisa, não previsto no termo de consentimento.

2. IDENTIFICAÇÃO

2.1-Título do Projeto de Pesquisa: SITUAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE IDOSOS ACOMETIDOS POR HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

2.2- Nome do pesquisador Responsável: Dr. BETÂNIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS

2.3- Nome do pesquisador participante: GLÁUCIA DE SOUZA ABREU ALENCAR

2.4- Instituição proponente: Universidade Federal de Campina Grande, Rua Sérgio More de Figueiredo, S/N – Casas populares - CEP 58900-000 - Cajazeiras – PB.

2.5- Finalidade: Projeto de Pesquisa para realização de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem.

3. INFORMAÇÃO ACERCA DO PROJETO DE PESQUISA

3.1 Justificativa: A descoberta e o acompanhamento da HAS precocemente são de suma importância para uma intervenção de qualidade onde vários fatores de risco que possam ameaçar a saúde do idoso sejam controlados de forma eficaz contribuindo para o direcionamento de esforços na construção de um futuro digno, para que eles possam desfrutar de uma vida plena e satisfatória. Enquanto acadêmica do curso de graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, cursando algumas disciplinas, em especial Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso, surgiu o interesse de estudar a HAS nesta faixa etária. Diante da relevância de desenvolver um estudo investigativo, buscarei ampliar meus conhecimentos acerca da HAS e estabelecer a prevalência dessa patologia em idosos na cidade de Cajazeiras – PB.

3.2 Objetivos:

Geral: Investigar a ocorrência de Hipertensão Arterial Sistêmica-HAS, em idosos do município de Cajazeiras-PB.

Específicos: Verificar a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS em idosos do município de Cajazeiras-PB; Identificar a situação sócio-demográfica de idosos como fator de risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, no município de Cajazeiras-PB.

3.3 Procedimentos: O projeto foi enviado ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e um ofício solicitando a Instituição Coparticipante, para que, assim que a pesquisa fosse aprovada pelo referido comitê, a mesma fosse iniciada. Nesta etapa, fica estabelecido contato inicial com a Instituição Coparticipante, Secretaria de Saúde de Cajazeiras-PB. Após esse contato e aprovação do comitê de ética (04/11/12), iniciamos a coleta de dados através de um questionário elaborado pela própria pesquisadora e verificamos a pressão arterial dos participantes. Os resultados foram apresentados para uma banca composta por três avaliadores e será parte de uma monografia que estará disponível em sua versão final na biblioteca da Universidade Federal de Campina Grande-PB. O anonimato será preservado.

3.4 Riscos ou desconfortos: Não será desenvolvido nenhum tipo de risco relacionado ao projeto, visto que, este não apresenta quaisquer tipos de procedimentos invasivos ou questionário com perguntas agressivas.

3.5 Benefícios Esperados O presente estudo é de suma relevância para a criação de estratégias que atendam a população idosa visando à redução dos fatores de riscos e, conseqüentemente, o adocimento da população; permitirá também ampliar o conhecimento de acadêmicos e profissionais da saúde sobre o tema proposto, uma vez que possibilitará maior importância no âmbito social, pois a HAS é um problema preocupante de saúde pública.

4. GARANTIAS AO PARTICIPANTE DE PESQUISA

4.1 Durante o curso da pesquisa, esclareceremos sobre a metodologia e os procedimentos da mesma.

4.2 O Sr. (a), tem a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo ao seu cuidado ou assistência.

4.3 Garantimos o sigilo que assegure a privacidade do participante quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, e anonimato, visando preservar a integridade de seu nome e dos seus.

4.4 Garantimos que receberá retorno dos resultados da pesquisa e de sua publicação para fins acadêmicos e científicos, e que os dados coletados serão arquivados e ficarão sob a guarda do pesquisador, estando acessível ao participante quando desejar.

4.5 Garantimos que não terá nenhum ônus com o projeto, que será totalmente custeado pelo pesquisador e/ou patrocinador, e/ou instituição, e que será ressarcido de despesas decorrentes do projeto de pesquisa, como deslocamento, afastamento das atividades e/ou do trabalho, hospedagem, alimentação, bem como será indenizado por eventuais danos diretamente resultantes da pesquisa a curto, a médio ou longo prazo.

4.6 Garantimos que poderá buscar informações junto ao pesquisador responsável para esclarecimentos e/ou dúvidas acerca do andamento, conclusão e publicação dos resultados, bem como, de que poderá buscar informações junto ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro, Rua Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande-PB. Telefone: (83) 2101- 5545, que avaliou o trabalho e aprovou o termo ora apresentado, ou a outras instâncias que podem esclarecer e defender, caso manifeste esse desejo.

5. CONTATOS DISPONIBILIZADOS PELOS PESQUISADORES

Os pesquisadores:

5.1 Cientes da importância da participação do voluntário, o agradecem por permitir sua

inclusão no acima referido projeto de pesquisa;

5.2 Se comprometem, reiteradamente, a cumprir a resolução 196/1996, e prometem zelar fielmente pelo que neste termo ficou acordado;

5.3. Como prova de compromisso, disponibilizamos seus dados para contato ao participante:

Dados completos do pesquisador responsável para contato:

Nome: Dra. BETÂNIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS.

Endereço completo: Rua: Joaquim de Sousa, 155, edifício Nathaly, Apto. 202. Cajazeiras-PB.

Telefone(s) para contato: 83- 9681-1914

E-mail: betaniamps@hotmail.com

Dados completos do pesquisador participante para contato

Nome: GLÁUCIA DE SOUZA ABREU ALENCAR.

Endereço completo: Rua Raimundo Carola. Cajazeiras - PB. CEP: 58900-000

Telefone(s) para contato: (83) 99408573

E-mail: glauciaalencargmb@hotmail.com

6. CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

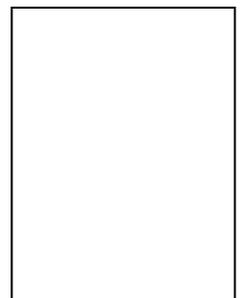
Após obter as informações e esclarecimentos sobre o referido projeto de pesquisa, declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento e consinto minha inclusão no protocolo de pesquisa, de forma livre e gratuita. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Cajazeiras - PB, ____ / ____ / _____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante



APÊNDICE D



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Sujeito N°: _____

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Idoso: _____
Data de nascimento do Idoso: ____ / ____ / ____
Naturalidade: _____
Profissão: _____ Ocupação: _____
Religião: _____
Endereço Completo: _____
Telefone: _____
Pessoa para contato: _____ Telefone: _____
Dados sobre a PAS:
P.A.S: ____ X ____ ; ____ X ____ Média: ____ x ____
Observação: _____

DADOS DEMOGRÁFICOS: GERAIS

1) Gênero

1. Masculino 2. Feminino
 1. Solteiro(a)
 2. Casado(a) no papel
 3. Viúvo(a) no papel
 4. Separado(a)/desquitado(a) no papel
 5. NR (não respondeu)

2) Atualmente mora:

1. Sozinho(a)
 2. Somente com cônjuge/companheiro(a)
 3. Com cônjuge/companheiro(a) e outros familiares
 4. Sem cônjuge/companheiro(a) e com outros familiares
 5. Com empregado ou cuidador
 6. NR (não respondeu)

3) Quantas pessoas moram na casa? _____

4) Qual a renda mensal da sua família?

1. Não tem renda própria.
 2. Menor que 1 salário mínimo (R\$512,00)
 3. 1 salário mínimo
 4. Entre 1 e 2 salários mínimos
 5. Entre 2 e 4 salários mínimos
 6. Entre 4 e 6 salários mínimos
 7. 6 salários mínimos ou mais
 8. NR (não respondeu)

DADOS DE SAÚDE:AUSÊNCIA DE DOENÇA

5) É portador de alguma doença crônica?

1. Sim () Hipertensão () 2. Diabetes () 3. Colesterol alto () 4. Saúde mental () Outros
 2. Não

6) Usa medicamentos?

1. Sim Quais? _____
 2. Não