



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM SAÚDE



**IDOSOS EM TRATAMENTO FARMACOLÓGICO
ANTI-HIPERTENSIVO:
Parâmetros para o cuidado clínico de Enfermagem**

Célida Juliana de Oliveira

Fortaleza – CE
2007

CÉLIDA JULIANA DE OLIVEIRA

**IDOSOS EM TRATAMENTO FARMACOLÓGICO ANTI-HIPERTENSIVO:
parâmetros para o cuidado clínico de Enfermagem**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde – área de concentração Enfermagem, linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira

Fortaleza – CE
2007

CÉLIDA JULIANA DE OLIVEIRA

**IDOSOS EM TRATAMENTO FARMACOLÓGICO ANTI-HIPERTENSIVO:
parâmetros para o cuidado clínico de Enfermagem**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde – área de concentração Enfermagem, linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Data de apresentação: 21/12/2007

Conceito obtido: Satisfatório (Nota: 10,0)

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Thereza M^a Magalhães Moreira
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Orientadora

Prof^ª. Dra. Maria Josefina da Silva
Universidade Federal Ceará – UFC
1º membro Efetivo

Prof^ª. Dra. Silvânia M^a M. Vasconcelos Patrocínio
Universidade Federal do Ceará – UFC
2º membro Efetivo

Prof. Dr. Paulo César Almeida
Universidade Estadual do Ceará - UECE
Membro Suplente

Dedico este trabalho às Sras. Francisca de Paula e Rosa Maria, integrantes do Salão do Idoso, que não puderam ver o resultado final da pesquisa em que suas informações tanto contribuíram.

Dedico também a todos os outros idosos do Salão, que me ensinaram que o amor e a simplicidade são ferramentas poderosíssimas para a promoção da saúde de uma pessoa.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Joceli e Dasvirgens Oliveira pelo amor incondicional e por não desistirem de sua luta diária, na tentativa de proporcionar as melhores oportunidades a mim e aos meus irmãos.

A Deus, por ser meu porto seguro no meio da tempestade.

Ao meu esposo, Valberto Barbosa, pela compreensão e por me ensinar a ser paciente nas horas necessárias. Agora estou pronta pra realizar nosso outro sonho!

Aos meus irmãos Cleyton de Oliveira e Joceli Júnior, pelo apoio, confiança e estímulo constante para eu poder continuar nessa difícil caminhada da vida e por terem me dado sobrinhos maravilhosos, como o Luiz Eduardo, a Giovanna e a Maria Julya. Obrigada também às minhas cunhadas, Nahy (obrigadíssima pelas traduções) e Elivânia.

Às minhas duas amigas-irmãs, Tatiana Rocha e Bertília Chaves, por nunca abrirem mão de nossa amizade, mesmo sabendo o quanto fico “estressada” de vez em quando... Amo muito vocês!

À Dra. Thereza Moreira, que me incentivava desde a graduação, por me mostrar que nunca devemos abaixar a cabeça nos momentos difíceis, pois, se assim fizermos, deixaremos de enxergar a luz que Deus nos mostra à frente.

Aos amigos Alice Gabrielle, Ellen Santana, Érica Norbélia, Ernesto Machado, Gardênia Sampaio, Gardênia Vasconcelos, Márcio Luiz, Rannie Cabó, Raphael Ângelo e Taciana Cavalcante por me deixarem fazer parte da vida de vocês. Valeu Nicegirls e cia!

Ao meu avô querido, Antônio Clementino, que tanto eu tentei levar pra conhecer o bellissimo trabalho das meninas do CRAS no Salão, por me ensinar o valor que tem nosso suor, quando se deseja alcançar um objetivo.

Agradeço também a uma pessoa que mesmo estando longe, acompanhou cada passo dessa jornada, sempre na torcida: uma das minhas almas-gêmea, Rosângela.

Às amigas e companheiras do Mestrado, Rita Neuma, Carolina, Ana Lúcia e Luciana pelos momentos de reflexão, apoio e aprendizado mútuo nestes dois anos!

Aos demais colegas do Mestrado, que, apesar da curta convivência, nos tornamos amigos, seguindo na busca de vencer todo e qualquer desafio.

À Rafaela, por ter me aturado nesses anos, me atendendo tão bem todas as vezes que bati à porta do CMACCLIS e por ser o anjo da guarda de nós todos.

Aos meninos e meninas do Salão do Idoso Dr. Juraci Teixeira, por compartilharem sua experiência comigo. Sem a ajuda, a compreensão e os ensinamentos de vocês, este projeto não teria sido concluído.

À Sônia e toda a equipe de trabalho do CRAS, por terem me recebido de portas e braços abertos e por fazerem um esplendoroso trabalho com os idosos e suas famílias.

Às meninas brilhantes, Jênifa e Raquel, pela ajuda. Continuem sempre demonstrando tanto amor, zelo e respeito pelos outros e interesse em sempre aprender, pois vocês têm um grande futuro profissional pela frente.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, por acreditar no meu potencial e me agradecer com a bolsa de estudos nesses dois anos. Espero ter correspondido às expectativas.

Às professoras Silvânia Vasconcelos e Maria Josefina, por aceitarem o convite de participar da banca de avaliação e pelas valiosas contribuições ofertadas.

Ao professor Paulo César, pela ajuda nas análises estatísticas e pelas suas importantes contribuições na banca de avaliação.

Agradeço a todos os demais, que explícita ou implicitamente, contribuíram para que esta pesquisa chegasse ao seu final com sucesso. Muito abrigada!

*“Sinto que o tempo sobre mim abate sua mão pesada.
Rugas, dentes, calvo...
Escreverei sonetos de madureza?
Darei aos outros a ilusão de calma?
Serei sempre louco? Sempre mentiroso?
Acreditarei em mitos? Zombarei do mundo?
Que confusão de coisas ao crepúsculo!...”*

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

OLIVEIRA, Célida Juliana de. **Idosos em tratamento farmacológico anti-hipertensivo: parâmetros para o cuidado clínico de Enfermagem**. 2007. 128 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde) – Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação. Universidade Estadual do Ceará. 2007.

Os idosos constituem uma clientela que requer constante atenção da enfermagem por ser uma parcela populacional em crescimento demográfico intenso e suas características de saúde peculiares. O objetivo foi avaliar idosos em tratamento anti-hipertensivo com vistas a posteriormente subsidiar o cuidado de Enfermagem a esse grupo. O estudo foi do tipo descritivo, transversal, com natureza quantitativa, realizado junto a um grupo de idosos vinculado à Secretaria de Assistência Social e à Secretaria de Saúde do município de Fortaleza/Ceará. A amostra foi constituída por 54 idosos, de ambos o sexos, que estavam em tratamento farmacológico para hipertensão arterial. A coleta de dados se deu entre agosto e setembro de 2007 onde foi instituído um formulário de identificação geral do idoso e de seu tratamento, além de aplicada uma escala para avaliação da adesão terapêutica e calculado o risco coronariano. Foram realizadas análises descritivas e estatísticas dos dados obtidos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob o protocolo N^o 07290341-4. As características sócio-demográficas prevalentes foram: sexo feminino (74,1%); faixa etária entre 70 e 79 anos (48,1%); casados (50%); escolaridade inferior a oito anos de estudos (46,3%); renda mensal de um salário mínimo (51,9%). Quanto às características clínicas teve-se: idosos com sobrepeso (44,4%); circunferência abdominal aumentada (74,1%); presença de valores não controlados da pressão arterial entre 22 e 25%; tratamento farmacológico monoterápico em 50% dos idosos, com uso principal de hidroclorotiazida e captopril; presença de reações adversas aos anti-hipertensivos em 64,8% dos idosos (principalmente poliúria, tosse seca e boca seca). O risco coronariano prevalente foi o moderado (55%) e o grau de não-adesão terapêutica verificado foi a “não-adesão leve” (59%). Houve associação estatística entre o sexo masculino e maior risco coronariano ($p=0,008$), não realização de atividades físicas com menor adesão ($p=0,000$), não-adesão moderada com maior risco coronariano ($p=0,023$), valores elevados da PA sistólica com maior risco coronariano ($p_1 = 0,020$; $p_2 = 0,028$; $p_3 = 0,019$) e menor adesão ($p_1 = 0,000$; $p_2 = 0,008$; $p_3 = 0,000$), e os valores elevados da pressão diastólica com menor adesão terapêutica ($p_1 = 0,007$; $p_3 = 0,046$). Conclui-se que, apesar dos idosos mostrarem-se com estado de saúde cardiovascular regular, muito pode ser feito pela enfermagem para ampliar seu cuidado. O enfermeiro deve elaborar estratégias para incentivar o idoso a se sentir co-responsável por seu tratamento, mantendo hábitos de vida saudáveis, além de auxiliá-lo a melhorar alguns aspectos de saúde deficitários, visando minorar complicações decorrentes de reações adversas medicamentosas e, com isso, melhorar sua adesão à terapêutica instituída, intervindo nos fatores de risco modificáveis de desenvolvimento de doenças cárdio-cerebrovasculares, reduzindo a morbi-mortalidade dos idosos.

Palavras Chave: Enfermagem; Idosos; Hipertensão; Anti-hipertensivos.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Célida Juliana de. **Elderly in antihypertensive pharmacological treatment: focusing clinical Nursing care.** 2007. 128 p. Dissertation (Master's degree in Health Clinical Cares) - Research and Masters Degree Pro-Rector. State University of Ceará. 2007.

The elderly constitute a clientele that requests constant Nursing attention for being a population portion in intense demographic growth and your peculiar characteristics of health. The objective was to evaluate elderly in antihypertensive treatment to subsidize the Nursing care to that group, latterly. The study was descriptive, transverse, with quantitative nature, accomplished a group of elderly linked by Social Attendance Secretary and the Health Secretary of the Municipal District of Fortaleza/Ceará. The sample was constituted by 54 elderly, of both sexes, that were in pharmacological treatment for arterial hypertension. The collection of data was gave between August and September of 2007 where a form of the elderly general identification was instituted and of your treatment, besides applied a scale for evaluation of the therapeutic adhesion and calculated the coronary risk. Descriptive and statistical analyses of obtained data were accomplished. The study was approved by the Committee of Ethics in Research of the State University of Ceará, under the protocol N^o 07290341-4. The characteristics partner-demographic prevalent were: feminine sex (74,1%); age group between 70 and 79 years (48,1%); married (50%); inferior education to eight years of studies (46,3%); monthly income of a minimum wage (51,9%). In relation to the clinical characteristics was had: elderly with overweight (44,4%); increased abdominal circumference (74,1%); presence of not controlled values of the blood pressure between 22 and 25%; therapeutic pharmacological treatment in 50% of the seniors, with main use of hidroclorotiazide and captopril; presence of adverse reactions to the antihypertensive in 64,8% of the elderly (mainly polyuria, dry cough and dry mouth). The prevalent coronary risk was the moderate (55%) and the degree of therapeutic no-adhesion verified it was "low no-adhesion" (59%). There was statistical association between the masculine sex and larger coronary risk ($p=0,008$), not accomplishment of physical activities with smaller adhesion ($p=0,000$), moderate no-adhesion with larger coronary risk ($p=0,023$), high values of the systolic pressure with larger coronary risk ($p_1 = 0,020$; $p_2 = 0,028$; $p_3 = 0,019$) and smaller adhesion ($p_1 = 0,000$; $p_2 = 0,008$; $p_3 = 0,000$), and the high values of the diastolic pressure with smaller therapeutic adhesion ($p_1 = 0,007$; $p_3 = 0,046$). We concluded that, in spite of the elderly to be shown with cardiovascular health condition to regulate, a lot it can be done by the Nursing to enlarge care. The nurses should elaborate strategies to motivate the elderly feeling co-responsible for your treatment, maintaining healthy life habits, besides aiding him to improve some aspects of health deficient, seeking to reduce current complications of medicamentous adverse reactions and, with that, to improve your adhesion to instituted therapeutics, intervening in the risk factors modified of development of diseases cardio-cerebrovasculares, reducing the elderly morbi-mortality.

Key Words: Nursing; Elderly; Hypertension; Antihypertensive agents

RESÚMEN

OLIVEIRA, Célida Juliana de. **Ancianos en tratamiento farmacológico en el control de la hipertensión:** foco de la atención clínica en Enfermería. 2007. 128 f. Disertación (Maestría en los Cuidados Clínicos en la Salud) - Pro-rectoría de Investigación y Pos-graduación. Universidad Estatal de Ceará. 2007.

Los ancianos constituyen una clientela que requiere constante atención en Enfermería ya que es un sector poblacional en franco crecimiento demográfico y tiene características de salud muy propias. El objetivo fue evaluar a los ancianos en tratamiento de la hipertensión con la finalidad de a continuación subsidiar la atención en Enfermería a esa comunidad. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal, de naturaleza cuantitativa, realizado junto a una comunidad de ancianos vinculado a la Secretaría de Asistencia Social y a la Secretaría de Salud del municipio de Fortaleza/Ceará. El muestreo fue constituido por 54 ancianos, de ambos los sexos, que estaban en tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial. La recogida de datos ocurrió entre agosto y septiembre de 2007 donde fue establecido un impreso de identificación general del anciano y de su tratamiento, además de la utilización de una escala para evaluación de la adhesión terapéutica y calculado el riesgo coronario. Fueron realizadas análisis descriptivos y estadísticas de los datos obtenidos. El estudio fue aprobado por la Comisión de Ética en Investigación de la Universidad Estatal de Ceará, bajo el protocolo N° 07290341-4. Las características socio-demográficas relevantes fueron: sexo femenino (74,1%); edad entre 70 y 79 años (48,1%); casados (50%); escolaridad inferior a ocho años de estudios (46,3%); renta mensual de un salario mínimo (51,9%). En relación a las características clínicas se observó: ancianos con sobrepeso (44,4%); circunferencia abdominal aumentada (74,1%); presencia de valores no controlados de presión arterial entre 22 y 25%; tratamiento farmacológico mono-terapéutico en 50% de los ancianos, de utilización principal de hidroclorotiazida y captopril; presencia de reacciones adversas a los medicamentos del control a la hipertensión en 64,8% de los ancianos (principalmente poliúria, tos seca y boca seca). El riesgo coronario presente fue el moderado (55%) y el grado de no-adhesión terapéutica comprobado fue de "no-adhesión leve" (59%). Hubo la asociación estadística entre el sexo masculino y un mayor riesgo coronario ($p=0,008$), la ausencia de actividades físicas con menor adhesión ($p=0,000$), no-adhesión moderada con mayor riesgo coronario ($p=0,023$), valores elevados de la PA sistólica con mayor riesgo coronario ($p_1 = 0,020$; $p_2 = 0,028$; $p_3 = 0,019$) y menor adhesión ($p_1 = 0,000$; $p_2 = 0,008$; $p_3 = 0,000$), y los valores elevados de la presión diastólica con menor adhesión terapéutica ($p_1 = 0,007$; $p_3 = 0,046$). Se concluyó que, a pesar de los mayores se presentaren con un estado de salud cardiovascular regular, hay una multitud de cosas que pueden ser realizadas por la Enfermería para ampliar la atención a estas personas. El enfermero debe elaborar estrategias para incentivar la persona mayor a sentirse responsable por su tratamiento, manteniendo hábitos de vida sanos, además de auxiliarlo a mejorar algunos aspectos de salud deficitarios, con miras a reducir las complicaciones decurrentes de reacciones adversas medicamentosas y, así, optimizar su adhesión a la terapéutica instituida, interviniendo en los factores de riesgo cambiables de desarrollo de enfermedades cardíaco-cerebro-vasculares, reduciendo la mortalidad de los mayores.

Palabras-Clave: Enfermería; Ancianos; Hipertensión; Agentes antihipertensivos

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

▫ Lista de Quadros

Quadro 1:	Indicadores sobre a população idosa no Brasil, na região Nordeste e no estado do Ceará. Brasil, 2005.....	24
Quadro 2:	Classificação da pressão arterial em indivíduos maiores de 18 anos.....	28
Quadro 3:	Classificação da hipertensão arterial, segundo a gravidade das lesões em órgãos-alvo.....	29
Quadro 4:	Indicadores de prevalência na população do município de Fortaleza, por sexo, no período de 2000 a 2005.....	33
Quadro 5:	Fármacos para o tratamento anti-hipertensivo, de acordo com seu grupo farmacológico e local de ação.....	35
Quadro 6:	Caracterização sócio-demográfica dos idosos. Fortaleza, 2007.....	48
Quadro 7:	Caracterização clínica dos idosos, em relação ao índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal (CA) e pressão arterial (PA). Fortaleza, 2007.....	50
Quadro 8:	Tratamento farmacológico adotado pelos idosos. Fortaleza, 2007.....	54
Quadro 9:	Tipos de reações adversas diferentes relatadas pelos idosos. Fortaleza, 2007.....	55
Quadro 10:	Características dos idosos e sua associação ou não com risco coronariano e adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza, 2007..	58
Quadro 11:	Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e sua relação ou não com o risco coronariano dos idosos. Fortaleza, 2007.....	59
Quadro 12:	Número de reações medicamentosas relatadas pelos idosos e sua relação ou não com a adesão terapêutica e risco coronariano dos idosos. Fortaleza, 2007.....	60
Quadro 13:	Correlação linear entre adesão terapêutica e risco coronariano com algumas variáveis causais. Fortaleza, 2007.....	60
Quadro 14:	Reações adversas por medicamento citado pelos idosos. 2007.....	84
Quadro 15:	Fatores intervenientes na adesão terapêutica. Fortaleza, 2007.....	88

▫ Lista de Figuras

Figura 1: Mapa de Fortaleza por Secretarias Executivas Regionais, 2007.....	39
Figura 2: Fluxograma para o tratamento da hipertensão. Fortaleza, 2007.....	79

▫ Lista de Gráficos

Gráfico 1: Caracterização dos idosos quanto aos antecedentes familiares para hipertensão (HA), diabetes (DM), infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE). Fortaleza, 2007	52
Gráfico 2: Tratamento não-farmacológico adotado pelos idosos. Fortaleza, 2007.....	52
Gráfico 3: Risco coronariano dos idosos em tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza, 2007.....	56
Gráfico 4: Adesão terapêutica dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza, 2007.....	57

▫ Lista de Tabelas

Tabela 1: Prática de atividades físicas regulares pelos idosos, em relação à intensidade. Fortaleza, 2007	53
Tabela 2: Quantidade de reações adversas diferentes relatadas pelos idosos. Fortaleza, 2007.....	55
Tabela 3: Frequência absoluta (f) de idosos em esquemas de associação de dois fármacos recomendados pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006). Fortaleza, 2007.....	81
Tabela 4: Frequência absoluta (f) de idosos em esquemas de associação de três ou quatro fármacos. Fortaleza, 2007.....	81

SUMÁRIO

1	Introdução	15
2	Objetivos	
	Objetivo geral	22
	Objetivos específicos	22
3	Revisão de Literatura	
	3.1 Considerações sobre envelhecimento	24
	3.2 Aspectos da hipertensão arterial e sua importância clínica	26
	3.2.1 Classificação	28
	3.2.2 Fatores de risco	30
	3.2.3 Farmacoterapia anti-hipertensiva	33
4	Metodologia	
	4.1 Tipologia e natureza do estudo	38
	4.2 Lócus	38
	4.3 População e amostra	40
	4.4 Coleta dos dados	41
	4.5 Variáveis	42
	4.6 Procedimentos éticos	45
	4.7 Apoio financeiro	46
5	Resultados	48
6	Discussão dos Resultados	
	6.1 Características sócio-demográficas	63
	6.2 Características clínicas	68
	6.3 Antecedentes familiares	71
	6.4 Tratamento não-farmacológico	72
	6.5 Tratamento farmacológico	78
	6.6 Reações adversas a medicamentos anti-hipertensivos	82
	6.7 Risco coronariano	85
	6.8 Adesão terapêutica	87
	6.9 Associação entre as variáveis	90

7 Cuidado clínico de Enfermagem ao idoso em tratamento anti-hipertensivo: algumas reflexões	93
8 Conclusão	101
9 Referências	105
APÊNDICE I – Roteiro para coleta de dados	115
APÊNDICE II – Termo de consentimento	118
APÊNDICE III – Ofício enviado à instituição para aprovação da realização da pesquisa nas suas dependências	119
APÊNDICE IV – Outras medicações utilizadas pelos idosos	120
ANEXO I – Tabela de Risco Coronariano (<i>American Heart Association, 2007</i>)	122
ANEXO II – Instrumento de avaliação da adesão ao tratamento da hipertensão (<i>MOREIRA, 2003</i>)	123
ANEXO III – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Agentes anti- hipertensivos)	125
ANEXO IV – Procedimento de medida da pressão arterial (<i>Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006</i>)	126
ANEXO V – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	127

Capítulo 1



Introdução

“A velhice só começa quando se perde o interesse”.
Jean Rostand (1894-1977)

1 Introdução

Os idosos constituem uma clientela que requer constante atenção da enfermagem, tanto por ser uma parcela populacional em crescimento demográfico intenso, como por suas características de saúde peculiares.

O Brasil, atualmente, tem cerca de 16 milhões de idosos, representando mais de 8% da população total e sabe-se que até o ano de 2020, o país poderá ter, em média, 16% de sua população na terceira idade (IBGE, 2007). Para fins de delimitação conceitual do idoso, tomaremos, nesse estudo, por base a definição contida no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), em seu Artigo 1º, e na Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1999), em seu Artigo 2º, que do ponto de vista cronológico, para países em desenvolvimento, considera idoso como a pessoa com idade igual ou superior a sessenta anos.

O envelhecimento humano é um processo gradual, irreversível e incontrolável de declínio das funções fisiológicas, mas não resulta, necessariamente, em incapacidade (NAHAS, 2001; LUECKENOTTE, 2002). É preciso, portanto, compreender o envelhecimento como um processo benigno, não patológico e delimitar sinais do envelhecimento normal das características de doenças/agravos que possam vir a se instalar durante essa fase da vida. Esta deve ser abordada de forma a contemplar as experiências pessoais de cada um, estimulando a busca de melhor qualidade de vida, evitando, ou retardando indícios de perda de função ou incapacidades.

Um envelhecimento ativo e saudável é o aproveitamento de oportunidades que favoreçam a manutenção do bem-estar ao longo da vida (COELHO NETO e ARAÚJO, 2003), ou, mais especificamente, a redução da morbidade física, psicológica e social do idoso, cujas necessidades evoluem com a idade. Portanto, deve-se buscar uma velhice saudável, em que os profissionais de saúde, em destaque os enfermeiros, possam contribuir intensamente.

Pelo fato de lidar com um grupo etário que tem crescido rapidamente em pouco tempo, Veras (2003) aponta a carência de profissionais da saúde treinados, com formação específica em cursos reconhecidos pela qualidade acadêmica. Contudo, Freitas et al. (2002) destacam que órgãos públicos, formadores de políticas sociais, formadores de mão de obra qualificada em geriatria e gerontologia, além da sociedade em geral,

devem observar mais atentamente o crescimento da população idosa no país e, aliado a isto, o aumento na demanda de serviços de saúde especializados à essa população, na tentativa de viabilizar vida com qualidade para os mesmos, na tentativa de reduzir os efeitos e conseqüências dos diversos distúrbios que acometem a terceira idade, especialmente as doenças crônicas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2020 esse tipo de doença será a principal causa de incapacidades e, conjuntamente com o aumento expressivo da população idosa, já representa um dos mais graves problemas de saúde pública, devido ao grande número de indivíduos portadores de alguma cronicidade (WETZEL JÚNIOR e SILVEIRA, 2005).

Dentre as doenças crônico-degenerativas mais comuns na população idosa, Rouquayrol e Almeida Filho (2003) destacam a hipertensão arterial (HA), que, por ser uma entidade multifatorial e dependendo da colaboração e participação ativa do indivíduo hipertenso para seu controle, constitui-se em um grande desafio para os profissionais de saúde. Se não tratada adequadamente, a HA pode acarretar graves conseqüências para o indivíduo, estando entre as causas mais freqüentes de morbi-mortalidade dos adultos e idosos.

A doença é considerada um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV), explicando 40% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE) e 25% das mortes por doença arterial coronariana no país (BRASIL, 2001a). É importante refletir na gravidade das conseqüências desses eventos, que são apontados como a quinta causa de óbito em todo o mundo.

Dados como estes, por si só justificam a importância dos profissionais da saúde estarem em constante alerta, orientando e estimulando o portador de hipertensão a modificar hábitos nocivos à sua saúde e auxiliando-o a controlar seus níveis pressóricos.

Silva et al. (2006) ressaltam que os profissionais de saúde devem sempre buscar parcerias com os idosos, seus familiares, o próprio serviço de saúde e toda a sociedade, com vistas à contribuir para preservação da auto-estima e independência funcional do ser idoso. Complicações decorrentes de doenças crônicas como a hipertensão, devem ser postergadas ao máximo, para que a dependência, principalmente a dependência física, e as incapacidades manifestadas pelos idosos sejam somente aquelas decorrentes do próprio envelhecimento, ou seja, passíveis de adaptação fácil

pelo idoso e não aquelas que venham a comprometer excessivamente suas atividades de vida diária.

De acordo com o pensamento de Moreira, Araujo e Pagliuca (2001), por ter importante participação no acompanhamento sistemático e educação em saúde dos clientes com hipertensão arterial, o enfermeiro torna-se responsável pelas orientações quanto à importância do controle da pressão arterial, acerca da continuidade do tratamento e na prevenção de seqüelas decorrentes dessa doença. Um aspecto de fundamental importância para o controle tensional é o seguimento da terapêutica medicamentosa e não medicamentosa prescrita, espaço onde o enfermeiro também deve encontrar-se inserido, buscando estratégias junto ao cliente para aumentar sua adesão.

O interesse em estudar a população idosa surgiu em 1999, enquanto graduanda em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, atuando junto a idosos com alterações da pressão arterial, onde desenvolvi ações em grupos sociais de apoio, instituições filantrópicas, em nível hospitalar e ambulatorial, resultando em várias pesquisas (OLIVEIRA, ARAUJO e MOREIRA, 2002; OLIVEIRA e ARAUJO, 2007, 2002a, 2002b; OLIVEIRA, MOREIRA e ARAUJO, 2000; OLIVEIRA et al., 2000). Mais tarde, como bolsista de extensão, durante dois anos desenvolvi atividades educativas, recreativas, de saúde e lazer junto a idosos, também desenvolvendo estudos (OLIVEIRA e ARAUJO, 2002; OLIVEIRA e ARAUJO, 2001).

Ao terminar a graduação, procurei aplicar os conhecimentos adquiridos para minha vivência profissional, como enfermeira inserida na Estratégia Saúde da Família, na tentativa de realizar trabalhos que permitissem melhor conhecimento da clientela, desenvolvimento de ações educativas e propostas de cuidado mais eficazes para idosos acometidos pela hipertensão.

Como monografia de término do curso de Especialização em Enfermagem Clínica da Universidade Estadual do Ceará, decidi investigar e descrever quais os temas vinham sendo pesquisados, debatidos e documentados sobre os idosos pelos enfermeiros mestrados e doutorados nas universidades de todo o País desde o ano de 1979 a 2004, além de verificar as lacunas de conhecimento existentes nessas produções de enfermagem sobre a temática.

Observei que estudos envolvendo farmacologia e terapêutica voltadas à terceira idade não foram evidenciados na análise. Surgiram pesquisas sobre idosos hipertensos especificamente e sobre idosos com distúrbios cardiovasculares durante minha análise,

mas em pequena quantidade (OLIVEIRA e MOREIRA, 2007). Por existirem lacunas dessa magnitude sobre a população idosa na produção científica dos enfermeiros brasileiros, optei por conhecer melhor os aspectos que envolvem o tratamento anti-hipertensivo em idosos, a ocorrência de reações medicamentosas adversas aos anti-hipertensivos nesse grupo, a presença ou não de adesão ao tratamento, seu risco coronariano, além de outras variáveis de cunho descritivo sócio-econômico e sanitário. Ao conhecer tais variáveis, o enfermeiro tem dados concretos para ajudar o idoso a dar um correto seguimento à terapêutica instituída, ou seja, este conhecimento poderá mostrar a contribuição dos cuidados clínicos de enfermagem na saúde da população idosa, dimensionando a prática do trabalho de enfermagem para as reais necessidades dessa clientela.

Por sabermos que características como idade, sexo e etnia são fatores próprios do indivíduo (chamados também de fatores constitucionais) e estão associados ao surgimento ou agravamento do quadro hipertensivo, os profissionais devem estar atentos a todos os aspectos que envolvem a hipertensão arterial, ou seja, suas prováveis causas, fatores de risco e agravantes e suas conseqüências. Estudos mostram que os valores pressóricos sofrem aumento linear junto com a idade e que a HA é mais prevalente em homens até os 50 anos e mulheres após os 60 anos de idade (DIRETRIZES, 2006).

A probabilidade aumentada de ocorrência das doenças crônicas traz como resultado direto a instituição do tratamento farmacológico e, muitas vezes, o aumento no número de medicamentos tomados pelo idoso quando comparados a adultos jovens, além de ser maior o risco de ocorrência de outras doenças, associadas ou não à hipertensão, tendo o enfermeiro atuação fundamental no cuidado, principalmente no que tange à prevenção dessas doenças e suas complicações pré-existentes. Estudos como o de Lieber et al. (2002) e o de Rozenfeld (2003) mostram que clientes com mais de 60 anos são os principais consumidores da farmacoterapia moderna, pois 80% deles tomam, diariamente, no mínimo, um medicamento e utilizam mais medicamentos que qualquer outro grupo etário e, quando hospitalizados, recebem entre oito a quinze medicamentos por dia.

Além disso, os idosos passam a ser duas vezes mais suscetíveis a reações medicamentosas adversas, que tendem a ser mais severas, pois há uma redução na quantidade de água no organismo, menor poder de excreção pelo sistema renal e redução na ação metabólica hepática (KATZUNG, 2006). Por essas razões, muitos

medicamentos passam a permanecer no corpo das pessoas idosas durante um tempo maior.

Pfaffenbach, Carvalho e Bergsten-Mendes (2002) ressaltam que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, reação adversa a medicamentos é qualquer resposta não intencional a um fármaco e que ocorra nas doses normalmente utilizadas em seres humanos. Além deste conceito, no presente estudo tem-se que tais reações também podem ser aquelas relatadas pelos idosos, que representam uma intensificação dos efeitos farmacológicos ou terapêuticos conhecidos e desejados, mas que podem interferir de alguma forma na adesão terapêutica.

Nosso pensamento revela que se o idoso começar a sentir alguma reação ao medicamento e não tiver esclarecimentos sobre a normalidade ou não desses eventos, possivelmente seu tratamento será interrompido ou até mesmo abandonado. Ao fazer isso, terá seus valores tensionais alterados, o que acarretaria em aumento do risco de desenvolvimento ou agravamento de doenças coronarianas, outras doenças cardiovasculares e eventos metabólicos. Seguindo este raciocínio, vemos o enfermeiro como peça fundamental no auxílio ao idoso em tratamento farmacológico para HA, procurando minimizar os riscos do surgimento de complicações e outras doenças associadas, evitando o abandono da terapêutica e incentivando o idoso a sentir-se co-responsável por sua saúde.

Os enfermeiros parecem se preocupar mais com o tratamento não-farmacológico da hipertensão, pelo enfoque da educação em saúde, mas idosos em tratamento farmacológico requerem atuação de enfermagem na mesma proporção ou até mais que o primeiro grupo porque já se encontram em estágio mais avançado da doença e do tratamento, podem apresentar reações adversas aos anti-hipertensivos e, com isso, diminuir sua adesão ao tratamento, o que pode interferir no risco coronariano dos mesmos. Na saúde coletiva, o enfermeiro realiza o acompanhamento desses idosos em tratamento farmacológico, sendo responsável pelas consultas de enfermagem, abordando além da importância da adesão, as possíveis intercorrências ao tratamento, daí a importância em se conhecer melhor esta realidade.

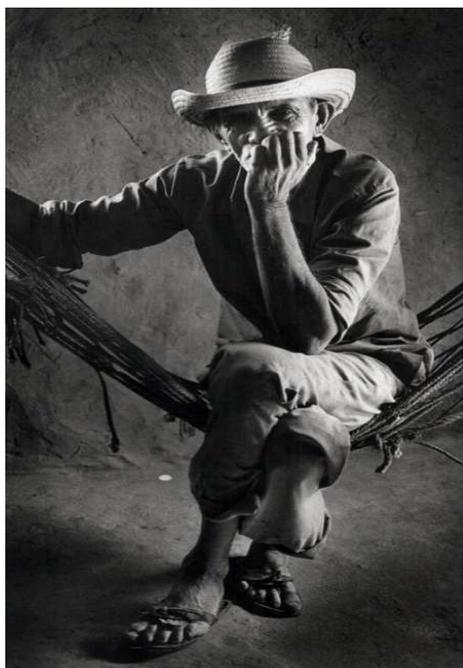
Atualmente, junto com outros integrantes do Grupo de Pesquisa “Políticas, Saberes e Práticas em Saúde Coletiva”, do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, acompanho sistematicamente um grupo de idosos do município de Fortaleza/CE, que se reúne semanalmente, procurando desenvolver ações

educativas e preventivas relacionadas à hipertensão arterial e outros temas relativos à sua saúde. O contato permanente com esses idosos vem despertando questões como: Quem são os idosos que apresentam hipertensão e fazem tratamento no grupo? Quais os aspectos que envolvem o tratamento anti-hipertensivo nesses idosos? Naqueles em tratamento farmacológico, há reações medicamentosas adversas a anti-hipertensivos? Em que frequência? Como fica, então, a adesão a este tratamento? Há implicações desse contexto no risco coronariano do idoso? Em que medida? Como a enfermagem poderia contribuir para aumentar ou manter níveis satisfatórios de adesão desses idosos à terapêutica medicamentosa instituída?

Encontrar respostas para essas perguntas tornou-se ponto relevante na tentativa de contribuir no tratamento dos idosos portadores de hipertensão. Tais respostas associadas ao entendimento dos elevados índices de reações retratados na literatura, nos levam a crer que com este estudo, podemos contribuir na diminuição daquelas reações evitáveis, no aprimoramento do conhecimento sobre o tratamento e no planejamento de ações eficazes na redução do abandono/interrupção da terapêutica medicamentosa, visando prevenir complicações da hipertensão nos idosos com a doença instalada, contribuindo para detenção do avanço dessa silenciosa e agressiva doença.

Com este estudo, pretendemos principalmente chamar a atenção dos enfermeiros para a importância de se conhecer todos os domínios que envolvem o cuidado global ao idoso. Para realizar um cuidado efetivo e com qualidade, o enfermeiro deve buscar aprofundar seu conhecimento sobre os aspectos clínicos, farmacológicos, fisiológicos e psicológicos do envelhecimento, além de ampliar suas técnicas e fundamentos da educação em saúde voltada para esta parcela da população, suas famílias e cuidadores formais ou informais.

Capítulo 2



Objetivos

“Na mocidade aprendemos, na velhice compreendemos”.
Marie von Ebner-Eschenbach (1830-1916)

2 Objetivos

Geral

Avaliar idosos em tratamento anti-hipertensivo com vistas a subsidiar o cuidado de Enfermagem a esse grupo.

Específicos

- 1) Descrever as características sócio-demográficas e clínicas de idosos em tratamento anti-hipertensivo;
- 2) Verificar o tratamento anti-hipertensivo não-farmacológico e farmacológico seguido por esses idosos;
- 3) Identificar a presença de reações adversas a medicamentos anti-hipertensivos nesse grupo e sua frequência;
- 4) Averiguar o risco coronariano e a adesão terapêutica nessa clientela;
- 5) Verificar associação entre as variáveis em estudo (características sócio-demográficas, como, faixa etária, estado civil, escolaridade e renda com a presença de reações adversas aos medicamentos, adesão e risco coronariano) sob o enfoque estatístico;
- 6) Desenvolver reflexões acerca do cuidado de enfermagem ao idoso em tratamento anti-hipertensivo a partir dos resultados obtidos.

Capítulo 3



Revisão de Literatura

“Deus entregou aos velhos um grande benefício em lugar da memória: a prudência obtida pelo uso das coisas e um juízo mais agudo e eficaz”.
Juan Luis Vives (1492-1540)

3 Revisão de Literatura

3.1 Considerações sobre envelhecimento

A expectativa de vida do brasileiro tem aumentado auspiciosamente, em virtude também dos avanços da medicina e do arsenal medicamentoso posto à disposição do idoso. De acordo com as projeções intercensitárias realizadas pelo IBGE, tem-se que em 2007 a população idosa residente em todo o Brasil é de 15.955.579 indivíduos, representando 8,42% da população total do país. No estado do Ceará, tem-se o registro que, do total de 8.335.874 habitantes, 8,79% da população é composta de pessoas com 60 anos ou mais, totalizando 733.025 idosos. Já na cidade de Fortaleza projeta-se que existam 183.962 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, representando 7,48% de um total de 2.458.545 habitantes (DATASUS, 2007).

Quadro 1: Indicadores sobre a população idosa no Brasil, na região Nordeste e no estado do Ceará. Brasil, 2005.

Indicadores	Brasil	Nordeste	Ceará
Esperança de vida ao nascer Homens	68,35	65,45	65,31
Mulheres	75,93	72,72	74,06
Geral	72,05	69,00	69,58
Esperança de vida aos 60 anos Homens	19,31	18,88	17,91
Mulheres	22,42	20,89	20,99
Geral	20,94	19,95	19,53
Proporção de idosos na população Masculina	8,3	8,2	8,6
Feminina	10,0	9,8	10,2
Geral	9,2	9,0	9,4
Índice de envelhecimento	33,9	30,3	30,4

Fonte: DATASUS (2007)

Alencar (2004) mostra que em 1950, a esperança de vida ao nascer era de 43 anos. De acordo com o quadro acima, vemos que em 2005, essa esperança saltou para mais de 72 anos no Brasil, de uma forma geral (DATASUS, 2007). Essa mudança positiva deve ser recebida como um progresso humano de interesse. Por conta desses e de outros fatores, o Brasil não pode ser mais considerado um “país de jovens” devido ao aumento significativo no número da população idosa.

Cabe ressaltar que a população idosa é extremamente heterogênea. Muitas vezes, um idoso de 80 anos apresenta condições de saúde melhores que outros de 60 anos. Ser idoso, ou mesmo ter uma doença, por si só, não espelha a real condição de saúde da pessoa. O que espelha tal condição é sua capacidade funcional e a agilidade para resolver problemas cotidianos, enfim, a capacidade de realizar atividades da vida diária. O importante é lembrar que cada indivíduo apresenta suas particularidades, características e necessidades.

Apesar da faixa etária de idosos entre 60 e 70 anos ser a que mais cresceu nas últimas décadas no Brasil, o aumento numérico de pessoas com mais de 80 anos também é considerado intenso. Atualmente, temos mais de 1% de idosos com 80 anos ou mais (mais de 2 mil indivíduos), dentre os 8,42% de idosos citados anteriormente em todo o Brasil (DATASUS, 2007). Esse crescimento tende a se tornar progressivamente ainda maior e mais rápido, devido ao aumento da sobrevida e na melhoria da expectativa de vida. Idosos que superam os 80 anos de vida são mais propensos à aparição de doenças graves, tornando-se mais dependentes de atenção e cuidados especializados, do que aqueles com 60 anos de idade (VIEIRA, 2001).

Silveira, Rodrigues e Costa Júnior (2002) ressaltam que os países mais desenvolvidos passam pelo processo de envelhecimento de forma gradual, mas a população idosa no Brasil vem aumentando vertiginosamente e de forma brusca, o que explicaria a não viabilização de mudanças estruturais econômicas e sociais que atenda às reais necessidades e propiciem melhor qualidade de vida ao idoso.

Com a sanção da Política Nacional do Idoso (PNI) em 1999 (BRASIL, 1999) e a aprovação do Estatuto do Idoso pela Lei Nº 1.741 de Outubro de 2003 do governo federal (BRASIL, 2003), vemos aos poucos a preocupação com o idoso começando a se traduzir. A PNI foi criada com o objetivo de assegurar os direitos sociais da população idosa, na tentativa de promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, como instrumento de direito próprio de cidadania.

Já o Estatuto veio fortalecer e ampliar os mecanismos de controle das ações desenvolvidas em âmbito nacional, regular os direitos assegurados desses indivíduos e complementar a Lei que instituiu a PNI; pois, como colocam Costa, Mendonça e Abigail (2002), à época da Lei Nº 8.842 o idoso representava fonte de gastos sociais e econômicos e ainda era visto apenas na ótica da doença, diferentemente do que se mostra no Art. 9º do Estatuto do Idoso, que destaca a obrigação do Estado em “garantir à

pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade” (BRASIL, 2003).

Sabe-se que entre as promulgações das Leis e sua verdadeira efetivação têm-se um largo e, muitas vezes, difícil caminho, mas já se identificam fatos e acontecimentos dos quais o idoso é o alvo da atenção.

Passamos a vivenciar, de forma plena, as alterações fisiológicas do envelhecimento, mas também passamos a ter que nos preocupar mais atentamente com as alterações decorrentes de doenças crônicas, comumente manifestadas nos indivíduos idosos (PAULA e CINTRA, 2005). Além disso, a mudança de hábitos e estilos de vida também tem colaborado para o aumento da incidência destas doenças (MARCON et al., 2006). Os avanços tecnológicos e a modernização do espaço social proporcionaram ao homem, em primeira instância, o prolongamento de seu tempo de vida e, aos poucos, a qualidade destes anos vem sendo melhorada.

A enfermagem ao atuar junto ao cliente, necessita estar alerta aos sinais e sintomas decorrentes do envelhecimento humano para poder diferenciar os processos de senescência (envelhecimento fisiológico) e senilidade (alterações decorrentes de doenças), além de alterações decorrentes de efeitos farmacológicos e, assim, atuar de forma mais efetiva, já que o grau de dependência dos idosos tende a aumentar gradativamente, exigindo uma assistência apropriada, crescente em quantidade e qualidade (PAULA e CINTRA, 2005).

O cuidado específico a idosos com alterações crônicas de saúde reflete uma preocupação pertinente e atual das políticas de saúde brasileiras, sem, no entanto, alcançar a devida eficácia no controle de tais afecções.

3.2 Aspectos da hipertensão arterial e sua importância clínica

Conforme já foi dito, a hipertensão ocupa um efetivo espaço no *hall* das doenças crônicas comuns entre os mais velhos. Não que esta se configure como uma doença exclusiva desse grupo, mas é nítida sua maior incidência nessa clientela.

Atualmente, tem-se como base as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DBHA), onde a hipertensão constitui-se numa entidade clínica multifatorial, de caráter

multígeno e que, na maioria dos casos, é assintomática, sendo catalogada entre as doenças crônico-degenerativas. É caracterizada pela presença de níveis elevados de pressão arterial associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, presente em cerca de 20% da população adulta mundial (DIRETRIZES, 2006).

Quando não tratada adequadamente, compromete o equilíbrio de mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, ocasionando o aumento da tensão sangüínea nos vasos, o que é capaz de afetar a irrigação tecidual, acarretando danos ao organismo, principalmente a órgãos como o coração, os rins, o cérebro e os vasos (CEARÁ, 2004).

As Diretrizes de Hipertensão (DIRETRIZES, 2006) destacam que em se tratando da etiologia da HA, esta não é conhecida em 90 a 95% dos casos, sendo chamada de hipertensão primária ou essencial. Quando existe uma causa bem definida para o aparecimento da hipertensão arterial (5 a 10% dos casos), fala-se em hipertensão secundária. Essas causas são principalmente endócrinas, renais, neurológicas, bem como relacionadas a substâncias exógenas ou cirurgia. Vale destacar que, tratando-se de hipertensão secundária, a correção ou retirada do agente causal restabelece os níveis tensionais normais.

Santos e Silva (2002) chamam a atenção para a alta prevalência da hipertensão no mundo, além das repercussões importantes de morbi-mortalidade cardiovascular, caracterizada pela elevação crônica das pressões sistólica e diastólica. No Brasil, entre 15% a 20% da população adulta e em mais de 50% dos idosos, existe hipertensão.

No estado do Ceará foi estabelecido no ano de 1999 como meta do governo estadual a redução das mortes por DCV num período de três anos (CEARÁ, 2004), que, aliado ao Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e Diabetes *Mellitus* do governo federal em 2000 (BRASIL, 2001b), contribuiu para a detecção precoce dos casos de hipertensão, trazendo como consequência direta a diminuição das estatísticas de mortalidade pelas doenças cardiovasculares. Apesar de todos estes esforços, em 2000 as doenças do aparelho circulatório ainda representaram mais de 23% dos óbitos no estado (CEARÁ, 2005), sendo necessário intensificar as ações de saúde.

Pela sua elevada prevalência e pelas graves repercussões que a hipertensão pode causar, é de suma importância ressaltar que os profissionais de saúde devem se preocupar em detectá-la na população e revelar essa condição aos interessados (STRELEC, PIERIN e MION JÚNIOR, 2003), para que as medidas de redução da morbidade e da mortalidade decorrentes da doença não controlada assumam impacto

epidemiológico, além de contribuir na promoção de um estilo de vida saudável nos que ainda não têm a doença.

3.2.1 Classificação

Para determinar se o indivíduo apresenta alguma alteração da pressão arterial, deve-se inicialmente conhecer os valores tensionais que servem de parâmetro para dizer se a pressão sangüínea está dentro da normalidade esperada ou se ela está elevada.

A classificação de portador de hipertensão é dada a todo indivíduo adulto, acima de 18 anos, com valores de pressão arterial sistólica igual ou maior do que 140 mmHg ou com pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 mmHg (DIRETRIZES, 2006). Convém ressaltar que além dos níveis tensionais, os fatores de risco, lesão de órgãos-alvo e as co-morbidades associadas devem ser avaliados, além de uma avaliação global do risco cardiovascular, para que o diagnóstico seja concluído.

Depois de obtido o diagnóstico de hipertensão arterial, por meio da medida da pressão arterial e de acordo com as observações citadas anteriormente, tem-se a classificação da doença em estágios, conforme elevação das cifras pressóricas. Segundo as Diretrizes de Hipertensão (2006), a pressão arterial pode ser classificada como:

Quadro 2: Classificação da pressão arterial em indivíduos maiores de 18 anos.

Classificação	Pressão sistólica	Pressão diastólica
Ótima	< 120 mmHg	< 80 mmHg
Normal	< 130 mmHg	< 85 mmHg
Limítrofe	130-139 mmHg	85-89 mmHg
HA Estágio I (leve)	140-159 mmHg	90-99 mmHg
HA Estágio II (moderada)	160-179 mmHg	100-109 mmHg
HA Estágio III (grave)	≥ 180 mmHg	>110 mmHg
HA Sistólica Isolada	≥ 140 mmHg	< 90 mmHg

Fonte: DIRETRIZES (2006)

Na hipertensão sistólica isolada, a pressão sistólica é superior a 140 mmHg, mas a pressão diastólica é inferior a 90 mmHg, ou seja, a pressão diastólica encontra-se dentro da faixa normal. Em praticamente todos os indivíduos, a pressão arterial aumenta com a idade, mas a hipertensão sistólica isolada torna-se cada vez mais comum entre os

idosos (cerca de 65% dos idosos hipertensos). Asperheim (2004) aponta que, atualmente, em indivíduos hipertensos de meia-idade ou idosos, a escolha da melhor droga e sua dosagem vem baseando-se mais no valor da pressão sistólica.

A Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro relembra que alguns estudos ressaltam que não se devem promover reduções exageradas da pressão diastólica em idosos, pois isto poderia aumentar o risco de eventos cardiovasculares nesta população, sendo que valores inferiores a 65 mmHg devem ser evitados (SOCERJ, 2004).

Todos estes fatos devem ser levados em conta pelos profissionais da enfermagem no momento da verificação da pressão arterial do idoso, pois o valor obtido tanto irá ser útil no diagnóstico do estágio da HA, quanto para a escolha do medicamento ideal para cada indivíduo.

Ribeiro (1997) ressalta três formas distintas de classificação da hipertensão: quanto aos níveis tensionais e etiologia, padrões discutidos anteriormente e, ainda, quanto à gravidade das lesões aos órgãos-alvo, sendo também a hipertensão classificada em estágios, caracterizados a seguir:

Quadro 3: Classificação da hipertensão arterial, segundo a gravidade das lesões em órgãos-alvo.

Estágio I	Não há manifestação de lesões orgânicas
Estágio II	Há pelo menos uma das manifestações de lesão de órgãos-alvo: <ul style="list-style-type: none">▪ Hipertrofia cardíaca▪ Estreitamento focal ou generalizado das artérias retinianas▪ Microalbuminúria, proteinúria e/ou discreto aumento da creatinina plasmática▪ Evidência de placa aterosclerótica nas artérias carótidas, aorta, ilíaca ou femoral
Estágio III	Há sintomas e sinais decorrentes da lesão dos órgãos-alvo: <ul style="list-style-type: none">▪ Angina pectoris, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca▪ AVC, ataque isquêmico transitório, encefalopatia hipertensiva, demência vascular▪ Hemorragias e exsudatos com ou sem papiledema (hipertensão maligna) em fundo de olho▪ Creatinina plasmática > 2,0 mg/dl, insuficiência renal▪ Aneurisma dissecante, doença arterial oclusiva sintomática

Fonte: RIBEIRO (1997)

Além disso, deve-se considerar o paciente como portador da hipertensão quando a elevação pressórica é confirmada em pelo menos duas determinações consecutivas, em eventos distintos, preferencialmente na posição sentada. Ribeiro (1996) dispensa as verificações consecutivas quando os níveis pressóricos estão muito elevados ou já há fortes evidências de lesão em algum órgão.

3.2.2 Fatores de risco

Segundo as V Diretrizes (2006), além da verificação do aumento dos níveis da pressão arterial, deve-se avaliar os fatores de risco constitucionais (não podem ser alterados) e ambientais ou de estilo de vida (são passíveis de alguma alteração), associados à hipertensão e ao acontecimento de eventos coronarianos.

Fatores de risco constitucionais

- Idade: A prevalência da hipertensão arterial aumenta progressivamente com a idade. Cerca de 50% dos idosos acima de 65 anos apresentam esse diagnóstico, sobretudo de hipertensão sistólica isolada com aumento da incidência de eventos vasculares encefálicos e cardíacos (LIMA, REZENDE e NOBRE, 2001).
- Sexo: A hipertensão arterial atinge mais frequentemente o homem até os 55 anos e, após esta idade, a prevalência na mulher aumenta (SANTOS e SILVA, 2002). As Diretrizes de Hipertensão (2006) ressaltam que após a instalação do climatério, possivelmente pela redução da atividade estrogênica, nas mulheres há predisposição ao risco da morbi-mortalidade por doença cardiovascular, apesar do sexo não ser considerado fator de risco propriamente dito para o desenvolvimento da doença em idosos.
- Raça/Cor: Santos e Silva (2002) ressaltam que a raça negra apresenta maior risco de desenvolvimento e instalação da hipertensão arterial e maior ocorrência de complicações, já que a evolução da hipertensão é mais grave neste grupo, em relação aos indivíduos de cor branca.

Fatores de risco ambientais ou de estilo de vida

- Obesidade: O excesso de gordura corporal pode ser considerado importante fator de risco para a saúde, sendo um fator extremamente importante para as DCV. A maior propensão do portador de sobrepeso ou obesidade de apresentar hipertensão é evidente nas estatísticas americanas, que mostram 23,9% de prevalência de pressão arterial igual ou superior a 140/90mmHg na população com sobrepeso em comparação com 17,5% na população com IMC menor que 25 e a prevalência de hipertensão nos obesos é de 35,3% (GUIMARÃES, 2001). As V DBHA (DIRETRIZES, 2006) reforçam que o excesso de peso aumenta de duas a seis vezes o risco do desenvolvimento de hipertensão.

É conveniente ressaltar o cálculo do índice de massa corpórea (IMC) e a classificação da obesidade segundo o referido índice. O IMC apresenta relação direta com o risco cardiovascular e a prevalência da HA e é calculado ao se dividir o peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2).

- Tabagismo: O tabagismo está associado a uma maior incidência e mortalidade das doenças coronária, cerebrovascular e vascular de extremidades. A exposição ao fumo (tabagismo passivo) também constitui fator de risco cardiovascular. Ferreira (2000) aponta que os principais efeitos do fumo sobre o sistema cardiovascular são o estímulo, pela nicotina, do sistema nervoso simpático (provavelmente pela elevação do débito cardíaco e da resistência vascular periférica) e o deslocamento de oxigênio da hemoglobina pelo monóxido de carbono e uma reação imunológica da parede vascular induzida e relacionada a alguns componentes do fumo.
- Estresse: O estudo da inter-relação entre estresse e hipertensão arterial é complexo, pois muitas outras variáveis (fatores genéticos, dieta, exercício físico, peso, etc.) podem influenciar no aparecimento da hipertensão arterial. Certos estudos sobre a fisiopatologia da hipertensão arterial evidenciaram que o estresse possui, pela sua ação simpatomedular e pituitária-adrenocortical, o poder de aumentar a pressão arterial em resposta a estímulos psicológicos (OLIVEIRA JÚNIOR, 2000). O estresse emocional pode aumentar a pressão arterial, mas não está comprovado o seu papel na gênese da hipertensão (DIRETRIZES, 2006).
- Álcool: O consumo de álcool pode causar aumento da pressão arterial e risco de acidente vascular encefálico, especialmente hemorrágico. O consumo do álcool promove aumento do cortisol e ativa o sistema nervoso simpático, elevando os valores pressóricos (SOARES e JACOB FILHO, 2004). As V Diretrizes de Hipertensão Arterial (DIRETRIZES, 2006) sugerem que o consumo de homens que fazem uso de alguma substância alcoólica não deva ultrapassar 30g de álcool por dia, o que corresponde a 60ml de bebidas destiladas, 250ml de vinho ou uma garrafa de 600ml de cerveja, sendo que esse limite deve ser reduzido à metade para homens de baixo peso ou sobrepeso, mulheres e/ou indivíduos com a taxa de triglicérides elevada.
- Sedentarismo: A inatividade física representa uma causa importante de debilidade e o risco de aparecimento de doenças torna-se elevado. Nahas (2001) aponta estudos realizados nos países desenvolvidos, onde em média 30% da população adulta é sedentária e que de 50 a 60% da população realiza atividades de forma irregular ou

insuficiente para promover a saúde. Já no Brasil, em torno de 65% da população não pratica atividades físicas regularmente. Fuchs, Moreira e Ribeiro (2001) afirmam que a atividade física regular associa-se com múltiplos benefícios para a saúde, incluindo a redução da incidência de doenças cardiovasculares, como as decorrentes de aterosclerose coronariana e cerebrovascular.

- Diabetes mellitus: A hipertensão (HA) e o diabetes (DM) representam dois dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e com frequência, levam à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o portador, sua família e a sociedade. Contudo, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b), tanto a HA como o DM quando diagnosticados precocemente, são bastante sensíveis, dificultando o aparecimento de complicações. Além disso, as duas doenças apresentam grande parte dos fatores de risco em comum e estudos em diabéticos hipertensos ressaltam a importância da redução da pressão arterial sobre a morbimortalidade cardiovascular e as complicações microvasculares relacionadas ao diabetes.

Diversos estudos já foram realizados, fazendo-se notar uma grande proximidade dos fatores para o desenvolvimento/agravamento da hipertensão arterial e os fatores de risco para a doença coronariana e suas complicações, já que é sabido que, dentre os fatores de risco alteráveis para eventos coronarianos, a hipertensão arterial é forte contribuinte.

Stuchi e Carvalho (2003) ressaltam uma outra forma de classificação dos fatores de risco associados ao risco coronariano: inalteráveis, que são a idade, o sexo, a raça e a presença de antecedentes familiares e alteráveis, que são a própria HA, dislipidemias, o tabagismo, diabetes, obesidade, vida sedentária, uso de anticoncepcionais hormonais.

Zaslavsky e Gus (2002) lembram um estudo brasileiro apresentado em 1997, onde, entre idosos entre 65 a 95 anos, foi observada uma prevalência geral de fatores de risco de 93%, sendo que a hipertensão apresentou índice de 53%, o que reforça a idéia de que estando com os níveis pressóricos controlados, o indivíduo terá um índice de risco menor para o surgimento ou agravamento de seu quadro cardiovascular.

A seguir, têm-se as prevalências de alguns fatores de risco e da própria hipertensão arterial no município de Fortaleza.

Quadro 4: Indicadores de prevalência na população do município de Fortaleza, por sexo, no período de 2000 a 2005.

Indicadores	Homens	Mulheres	Geral
Taxa de prevalência de excesso de peso	44,8	32,8	38,8
Taxa de prevalência de consumo excessivo de álcool	18,4	5,3	11,1
Taxa de prevalência de atividade física insuficiente	38,5	46,5	43,0
Taxa de prevalência de HA	23,3	28,4	26,3

Fonte: DATASUS (2007)

Dados como estes são preocupantes, pois apesar de serem fatores passíveis de modificação, temos em Fortaleza altos índices de excesso de peso, consumo de bebidas alcoólicas e inatividade física, refletindo em alta prevalência da hipertensão. Trabalhar em cima desses e dos outros fatores modificáveis podem trazer melhoria nas condições de saúde da população em geral.

Como afirmam Oliveira e Araújo (2001) e Oliveira e Araujo (2002b) a atuação da enfermagem sobre os fatores de risco passíveis de modificação (os ambientais, de estilo de vida ou alteráveis) é de extrema importância para evitar o desenvolvimento da hipertensão arterial e/ou suas complicações, entre elas, as doenças coronarianas. As alterações executadas nesse nível, na maioria das vezes, são suficientes para minimizar os efeitos dos fatores de risco constitucionais.

Vale destacar que, apesar da hipertensão primária não ter cura, sua detecção, intervenção nos fatores de risco e tratamento precoces possibilitam seu controle e reduzem complicações.

3.2.3 Farmacoterapia anti-hipertensiva

Já se tornou consenso que, em primeira instância e, caso não haja nenhuma complicação com o cliente, recomenda-se a adoção de métodos não-farmacológicos para o tratamento da HA. Contudo, iremos nos deter neste ponto, ao tratamento medicamentoso, observando as características de alguns grupos de drogas anti-hipertensivas e seus principais representantes.

Freitas, Mohallen e Gamarski (2004) ressaltam que a decisão de instituir o tratamento medicamentoso no idoso deve ser baseada não somente nos níveis pressóricos apresentados, mas também a presença de outros fatores predisponentes às doenças cardiovasculares ou lesão em algum órgão-alvo.

Asperheim (2004) nos lembra ainda que o tratamento farmacológico eficaz é responsável pela redução da incidência de complicações, tais como, os acidentes vasculares encefálicos (AVE), a insuficiência cardíaca, renal e cardiovascular em geral, trazendo como consequência direta, redução na morbi-mortalidade.

De acordo com as V DBHA (DIRETRIZES, 2006), caso o idoso necessite ser medicado, a dose inicial deve ser mais baixa possível, e o aumento nessas doses ou a associação de novos fármacos deve ser cauteloso. Por comumente apresentarem outros fatores de risco, lesão de órgão-alvo ou doença cardiovascular/coronariana associada, a escolha medicamentosa anti-hipertensiva inicial para grande parte dos idosos deve ser norteada pela análise de todos esses fatores.

Katzung (2006) revela que atualmente, as drogas anti-hipertensivas de escolha para o tratamento do indivíduo idoso são aquelas pertencentes ao grupo dos bloqueadores dos canais de cálcio, principalmente aquelas de liberação prolongada ou com meia-vida longas, devido à sua eficácia e segurança em doses menores em comparação a outras drogas anti-hipertensivas habitualmente utilizadas.

Em decorrência da maior susceptibilidade ao aparecimento das doenças crônico-degenerativas associada ao grande número de medicamentos tomados diariamente pelo indivíduo idoso, deve-se ter cautela na prescrição e administração de fármacos. Nesta população, o uso de medicamentos envolve o entendimento das mudanças estruturais e funcionais dos vários órgãos e sistemas, como déficit de visão, perda de memória e diminuição da destreza manual (SMELTZER e BARE, 2005).

Estas mudanças podem afetar a capacidade do idoso em compreender adequadamente as orientações do tratamento medicamentoso, podendo confundir-se e tomar medicamentos de maneira incorreta. Junto com o alerta às possíveis reações adversas que os mesmos podem provocar no idoso e a prevenção ou controle dos fatores de risco para o desenvolvimento/agravamento da hipertensão e de doenças coronarianas são os pontos-chave onde o enfermeiro deve se engajar e prestar seus cuidados aos idosos em tratamento farmacológico, visando manter ótimos níveis de adesão.

O quadro a seguir mostra, resumidamente, os principais grupos de fármacos utilizados no controle da hipertensão, seus representantes e qual seu local e mecanismo de ação na redução da PA:

Quadro 5: Fármacos para o tratamento anti-hipertensivo, de acordo com seu grupo farmacológico e local de ação.

GRUPO	REPRESENTANTES	LOCAL DE AÇÃO	AÇÕES GERAIS
<ul style="list-style-type: none"> • Diuréticos - Ação no Túbulo Proximal - De Alça - Tiazídicos - Poupadores de Potássio 	<ul style="list-style-type: none"> - Acetazolamida - Furosemida Ácido etacrínico - Hidroclotiazida - Espironolactona Amilorida Triantereno 	<ul style="list-style-type: none"> - Túbulo proximal - Ramo Ascendente Espesso da Alça de Henle - Túbulo contorcido distal - Ducto coletor 	<p>↓ a PA através de depleção do sódio corporal, ↓ do volume sanguíneo e outros mecanismos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Agentes Simpaticoplégicos - Drogas de ação central - Bloq. Ganglionares - Bloqueadores dos neurônios adrenérgicos - Alfa-bloqueadores - Beta-bloqueadores - α e β bloqueadores 	<ul style="list-style-type: none"> - Metildopa - Trimetafan - Guanetidina Reserpina - Fentolamina Fenoxibenzamina Prazosina - Propranolol Metoprolol Atenolol - Labetalol Carvedilol 	<ul style="list-style-type: none"> - Receptores alfa-1 e alfa-2 - Rec. nicotínicos ganglionares - Rec. adrenérgicos pós-ganglionares - Rec. alfa-1 e alfa-2 - Rec. beta - Rec. alfa e beta 	<p>Deprimem o tônus simpático por ação agonista em receptores pré-sinápticos e imidazólicos do SNC; Reduzem a liberação de noradrenalina e o nível de renina plasmática</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Vasodilatadores - Oraís - Parenterais 	<ul style="list-style-type: none"> - Hidralazina Minoxidil - Nitroprussiato Na⁺ Diazóxido 	<ul style="list-style-type: none"> - Não conhecido - Arteriolas, vênulas 	<p>Abertura dos canais de K⁺ ATP dependentes; ↓ da pós-carga</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Bloqueadores canais de Cálcio 	<ul style="list-style-type: none"> - Nifedipina Nimodipina Anlodipino Nicardipina - Verapamil - Diltiazem 	<p>Canais de cálcio voltagem-dependentes Tipo L (subunidade α₁)</p>	<p>Afetam a entrada de cálcio na célula; ↓ resistência vascular periférica; ↓ função cardíaca</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Inibidores da ECA 	<ul style="list-style-type: none"> Captopril Enalapril Lisinopril Quinalapril Fosinopril Ramipril 	<p>Inibição da enzima conversora de angiotensina</p>	<p>Inibe a conversão da angiotensina-I em angiotensina-II (vasoconstrictora)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Antagonistas do Receptor de Angiotensina-II 	<ul style="list-style-type: none"> Losartan Valsartan Telmisertan Candersatam 	<p>Bloqueio específico dos receptores AT₁ da angiotensina-II</p>	<p>Antagonismo e inibição da ação da angiotensina-II; Não interferem nos sistemas de cininas e PGs</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Inibidores de Endotelina 	<ul style="list-style-type: none"> Omapatrilato Bonsartan 	<p>Receptores ET_A</p>	<p>Inibição da secreção de aldosterona e da vasoconstrição.</p>

Fonte: ASPERHEIM (2004); KATZUNG (2006)

Vale ressaltar que alguns dos medicamentos expostos no quadro 4 atualmente não são mais drogas de primeira escolha ou não fazem mais parte do tratamento anti-hipertensivo para idosos (como por exemplo, a acetazolamida, o trimetafan, a metildopa, nifedipina, entre outras).

Atualmente, o Ministério da Saúde, ao aprovar a RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (BRASIL, 2002), dispõe alguns medicamentos dos grupos de “bloqueadores adrenérgicos”, “bloqueadores dos canais de cálcio”, “diuréticos”, “inibidores da ECA”, e “vasodilatadores”, na classificação de essencial na utilização pelos serviços públicos de saúde, respeitando-se as necessidades de cada município e estados, com dosagens e apresentações farmacêuticas pré-definidas, na tentativa de regularizar, reduzir custos e aumentar a efetividade do tratamento. A lista com os agentes anti-hipertensivos aprovados pela RENAME encontram-se em anexo (Anexo III).

Capítulo 4



Metodologia

“Felizes são aqueles que envelhecem: conhecem claramente a fatalidade das estradas e vão, vão, pois sabem que a vida se resume àquela água lassa que corre sob a clepsidra”.

Ana Miranda

4 Metodologia

4.1 Tipologia e natureza do estudo

O estudo é do tipo descritivo, transversal, com natureza quantitativa e foi realizado junto a um grupo de idosos vinculado à Secretaria de Assistência Social e à Secretaria de Saúde do município de Fortaleza/CE.

De acordo com Newman et al. (2003), no estudo transversal todas as medições são feitas em um dado momento, sem período de acompanhamento, onde após a identificação das variáveis preteridas, é possível estabelecer relações de causa e efeito a partir das associações entre as variáveis definidas.

Haddad (2004) ressalta ainda, que no estudo transversal é necessário ter os objetivos claramente definidos, o que facilita a realização do estudo, trazendo menor possibilidades de erros.

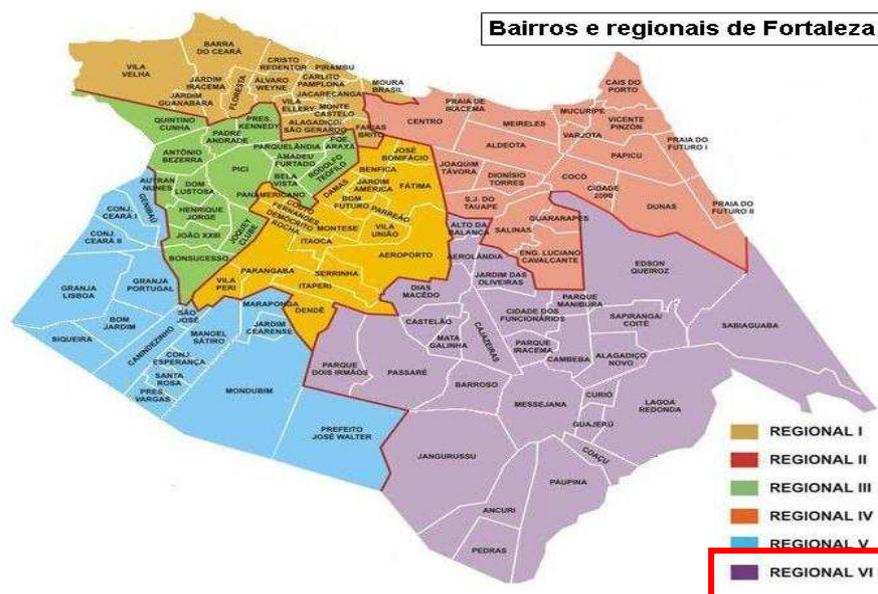
4.2 Lócus

O local do estudo é a cidade de Fortaleza, capital do Ceará, quinta do Brasil em população, localizada no Nordeste brasileiro. Sua população foi estimada pelo Censo Demográfico do IBGE em 2000 em 2.141.402 habitantes, dos quais 1.002.236 homens e 1.139.166 mulheres. A capital cearense possui área de 336 km² (IBGE, 2007). Atualmente, para efeito administrativo, a cidade encontra-se dividida em seis Secretarias Executivas Regionais (SER).

A SER VI é a secretaria que abriga a maior área do município, apesar de não ser a que tem maior quantidade de bairros. Os bairros sob sua abrangência são: Aerolândia, Alagadiço Novo, Alto da Balança, Ancuri, Barroso, Cajazeiras, Cambeba, Castelão, Cidade dos Funcionários, Coacu, Curió, Dias Macedo, Edson Queiroz, Guajeru, Jangurussu, Jardim das Oliveiras, Lagoa Redonda, Mata Galinha, Messejana, Parque Dois Irmãos, Parque Iracema, Parque Manibura, Passaré, Paupina, Pedras, Sabiaguaba e Sapiranga/Coité.

A seguir, o mapa da cidade e sua subdivisão sob a ótica administrativa:

Figura 1: Mapa de Fortaleza por Secretarias Executivas Regionais, 2007.



Fonte: WEBCARTA (2007)

O Salão do Idoso, local onde ocorrem as reuniões do grupo de idosos, localiza-se no bairro Boa Vista, sob abrangência da Secretaria Executiva Regional VI (SER VI) e, faz parte de um complexo de saúde-educação-cidadania, formado pelo próprio salão, uma Unidade Básica de Saúde, uma escola de ensino fundamental e médio, uma creche infantil e espaço para atividades esportivas. O salão é coordenado por uma equipe de assistentes sociais e psicólogas, que procuram diversificar as ações do grupo, contando com a participação de voluntários de várias áreas (saúde, direito, educação, entre outras).

O grupo tem duas reuniões semanais, com duração média de duas horas e conta com cerca de 150 idosos cadastrados, procedentes de vários bairros da SER VI e alguns idosos procedem de outros bairros da cidade e até mesmo de outros municípios circunvizinhos à capital.

Inicialmente, o contato com o grupo de idosos se deu por meio de proximidade geográfica. Além disso, familiares da pesquisadora encontravam-se engajados nas atividades do Salão, o que aguçou a vontade em conhecer melhor as atividades grupais ali desenvolvidas e ampliou a facilidade da inserção da pesquisadora no grupo. Antes mesmo de se dar início aos trabalhos acadêmicos do mestrado na unidade, a pesquisadora passou a desenvolver trabalho voluntário de acompanhamento da saúde dos idosos.

O ingresso na instituição para a coleta dos dados necessários ao andamento da pesquisa foi efetivado com autorização da coordenação da mesma, mediante encaminhamento de ofício, juntamente com o projeto da pesquisa. Já os participantes selecionados para a investigação assinaram o termo de consentimento após o esclarecimento dos objetivos do estudo (Apêndice II).

4.3 População e amostra

De acordo com observações prévias realizadas pela pesquisadora, aliadas às informações dadas pela coordenação do Salão, verificou-se que a frequência média de participantes por reunião era de 60 idosos.

A população estudada foi composta por todos os idosos que apresentavam diagnóstico médico de hipertensão arterial, sendo a amostra constituída por aqueles que atenderam aos seguintes critérios de inclusão amostral:

- Estar o(a) idoso(a) consciente e orientado(a) durante a coleta dos dados;
- Ter o diagnóstico médico de hipertensão arterial há pelo menos um ano;
- Estar em tratamento medicamentoso para hipertensão arterial, há pelo menos seis meses;
- Comparecer a, pelo menos, três reuniões do grupo, durante o período da coleta de dados (devido à necessidade de verificação da pressão arterial em pelo menos três momentos distintos).

A utilização de outras drogas, que não anti-hipertensivos, em período anterior ao estudo, sem relato de eventos adversos pelo idoso, não foi considerada critério de exclusão.

Após a análise dos cadastros do grupo, descobrimos 62 idosos com diagnóstico prévio de hipertensão e em tratamento farmacológico, sendo que destes, seis idosos não compareceram às reuniões em que a pesquisadora estava colhendo as informações e dois idosos encontravam-se em tratamento medicamentoso há menos de seis meses, contados a partir do início da coleta. Com isso, 54 idosos, de ambos os sexos, em tratamento anti-hipertensivo foram incluídos no estudo e tiveram seus dados analisados,

na tentativa de descrever sua situação de saúde e favorecer o conhecimento sobre sua condição.

Como já referido, medidas não-farmacológicas são instituídas na tentativa de controle ou redução da PA, antes da prescrição de qualquer medicamento. Contudo, se tais medidas não são suficientes para que se atinja um nível tensional satisfatório, o tratamento farmacológico passa a fazer parte da rotina do indivíduo.

Neste estudo, abordamos a farmacoterapia anti-hipertensiva, porque acreditamos que os idosos em questão fazem uso de medicamentos e continuam, também, realizando as medidas instituídas anteriormente, como controle de peso, abandono do etilismo e tabagismo, controle alimentar, entre outras, que também fazem parte do tratamento global do hipertenso, como recomendam as V DBHA (DIRETRIZES, 2006).

O tratamento farmacológico, aliado às medidas higieno-dietéticas representam a forma mais ampliada de controle da doença hipertensiva.

4.4 Coleta dos dados

A coleta de dados se deu por fonte primária (direto com os idosos) e ocorreu no período de agosto e setembro de 2007, no espaço do Salão do Idoso, durante as reuniões do grupo, seguindo as seguintes etapas:

a) Aplicação do formulário (Apêndice I), no primeiro encontro com o idoso, onde foram investigadas as principais características sócio-demográficas e clínico-epidemiológicas, a história familiar, as medidas higieno-dietéticas adotadas, o esquema terapêutico em relação ao tipo e número de medicamentos diferentes em uso, além da dosagem e posologia de cada droga utilizada pelo idoso e as reações medicamentosas adversas às drogas relatadas pelos mesmos.

b) Aplicação da Tabela de Risco Coronariano da *American Heart Association* (SBC, 2007) (Anexo I) no segundo encontro com o idoso.

c) Identificação do real seguimento terapêutico de cada idoso, no terceiro encontro, utilizando-se uma escala de adesão terapêutica (MOREIRA, 2003) (Anexo II).

d) Verificação da pressão arterial, em todos os três encontros com o idoso, obedecendo-se à técnica de verificação da pressão arterial normatizada pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2006 (Anexo IV). Sabemos que os aparelhos mais fidedignos na verificação da pressão arterial são os esfigmomanômetros de coluna de mercúrio, contudo, devido à dificuldade de obtenção de tal equipamento, os valores tensionais foram aferidos utilizando esfigmomanômetro aneróide, previamente calibrado, regulado e atestado pelo INMETRO, obedecendo-se o tamanho do manguito adequado à circunferência do braço do idoso e estetoscópio biauricular de uso pessoal da pesquisadora. Os indivíduos encontravam-se na posição sentada, de acordo com as condições de cada participante. A verificação foi realizada após 5 minutos de repouso de cada participante.

4.5 Variáveis

Para melhor compreensão de algumas das variáveis analisadas, tem-se a seguir seu detalhamento, de acordo com cada instrumento utilizado na coleta:

a) Características sócio-demográficas:

- Idade: Foi questionada a idade atual do idoso, sendo que esta informação, foi confirmada por meio da apresentação de um documento de identificação.
- Cor: A cor da pele de cada indivíduo foi classificada em branca e não-branca, por observação direta da pesquisadora.
- Número de pessoas residentes: Foi questionada a vida em sociedade familiar do idoso, sendo solicitado ao mesmo que referisse o número de pessoas que residem com ele, no mesmo domicílio, especificando quem seriam essas pessoas.
- Atuação profissional: Questionamento sobre a condição profissional atual do idoso; Se o mesmo referisse que exercia alguma profissão (remunerada ou não), tal dado foi diferenciado.
- Renda familiar mensal: Foi perguntado ao idoso sua renda mensal, incluindo a renda de quem mais contribuísse no domicílio em valores de Real (R\$). A

renda foi convertida em salários mínimos, onde o salário atual no Brasil (dezembro de 2007) corresponde a R\$ 380,00.

b) Características clínico-epidemiológicas

- Altura: Para o cálculo da estatura do idoso foi utilizada uma fita métrica não-distensível, graduada até 150 centímetros, fixada numa parede plana a partir do piso. Caso o idoso excedesse a graduação da fita, outra fita métrica de características semelhantes era utilizada, a partir do ponto final da primeira, até o nível da cabeça do idoso. O mesmo deveria se encontrar ereto, com os calcanhares o mais próximo possível e sem sapatos ou chinelos.
- Peso: Para avaliação da massa corporal utilizou-se uma balança digital portátil, calibrada pelo INMETRO, com variação de 1Kg e capacidade de até 130Kg.
- Índice de Massa Corporal: Para a avaliação do IMC, foi feito o cálculo a partir da fórmula $IMC = \text{Peso em kg} / \text{Altura em metros}^2$. A estatura do idoso, inicialmente calculada em centímetros, foi convertida em metros para este cálculo. Para a avaliação do peso e da altura, cada participante foi orientado a utilizar roupas leves, a ficar com os pés descalços e na posição ereta, com a cabeça em ângulo de 90° com o chão.
- Circunferência abdominal: Corresponde ao perímetro da cintura do indivíduo, onde também foi utilizada uma fita métrica não-distensível, sendo a mesma posicionada ao redor da menor curvatura localizada entre as últimas costelas e a crista ilíaca, tendo como referência principal a cicatriz umbilical.
- Pressão arterial: Como referido anteriormente, foi utilizado um único aparelho esfigmomanômetro aneróide, graduado desde 0 a 300 milímetros de mercúrio (mmHg), com variação de 2 mmHg; As medidas foram realizadas exclusivamente pela pesquisadora, em três momentos distintos de encontro com cada idoso.

c) Tratamento não-medicamentoso

- Consumo de sal/gorduras: Foi questionado aos idosos a quantidade estimada de sal e gordura animal e/ou vegetal que os mesmos ingeriam diariamente, tomando-se como referência as respostas “nenhum” e “pouco” como uma dieta

hipossódica ou hipocalórica e, as respostas “normal” e “muito” como consumo elevado de sal/gordura.

- Uso de fitoterápicos: Questionamento sobre o uso de fitomedicamentos ou preparações caseiras a base de plantas para o controle ou redução dos níveis elevados da pressão arterial, pelo menos três vezes por semana.

d) Tratamento medicamentoso

- Esquema terapêutico anti-hipertensivo adotado pelo idoso, de acordo com prescrição médica recente (período máximo de três meses).

e) Reações adversas aos medicamentos

- Relato oral dos idosos sobre alguma manifestação benéfica ou maléfica dos medicamentos anti-hipertensivos em uso.

f) Risco coronariano

- Pressão arterial sistólica: Foi utilizado o valor verificado no momento do preenchimento da tabela de risco coronariano, no segundo encontro com o idoso.
- Glicemia e colesterol: Para a obtenção dos valores laboratoriais da glicemia e do colesterol total sangüíneos, foi solicitado no primeiro encontro com o idoso que ele levasse os resultados de exames prévios mais recentes para a reunião do grupo nas semanas posteriores. Foi estipulado pela pesquisadora um tempo de seis meses anteriores ao momento da coleta para a anotação dos resultados, para que os mesmos fossem os mais fidedignos possíveis à realidade atual do idoso. Oito idosos apresentaram exames sangüíneos muito antigos ou então não tinham esses resultados em seu domicílio. Esses indivíduos foram encaminhados pela pesquisadora a realizar novos exames laboratoriais, sem ônus para eles.

g) Adesão terapêutica

- Ausência de ingesta alcoólica/Abstinência do fumo: Relato oral dos idosos sobre o consumo de bebidas alcoólicas e o uso de cigarros e/ou produtos derivados do tabaco (quantidade e freqüência de uso).

- Uso adequado do medicamento: Foi questionado ao idoso se ele faz uso correto da medicação anti-hipertensiva (em relação ao horário, dose e forma de uso) e se o mesmo apresentava algum efeito colateral que o impedisse ou atrapalhasse a tomada medicamentosa.
- Comparecimento às consultas/período em que são marcadas na UBSF: O idoso relatava a frequência e regularidade de comparecimento às consultas agendadas nas respectivas Unidades de Saúde da Família abrangentes de sua área de domicílio.
- Controle da pressão arterial: Foi utilizado o valor verificado no momento do preenchimento da escala de adesão terapêutica, no terceiro encontro com o idoso.

Os dados quantitativos foram agrupados com a ajuda da planilha eletrônica *Excel 2003 for Windows XP*, submetidos a alguns testes estatísticos analíticos (teste do qui-quadrado, razão de verossimilhança) por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 13.0) e confrontados com literatura pertinente. Considerou-se o nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$) quando da associação de algumas variáveis em estudo. A seguir, os dados estão apresentados na forma de gráficos, quadros e tabelas, discutidos sob a forma textual.

4.6 Procedimentos éticos

Atendendo às recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, referentes às pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), o estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE) da Universidade Estadual do Ceará, sendo aprovado para implementação sob o processo sendo aprovado, sob o protocolo de N° 06496942-8. Por ter sofrido algumas alterações metodológicas ao longo dos meses, após a aplicação de alguns pré-testes, as pesquisadoras resolveram submeter o estudo novamente à avaliação do CEPE-UECE, tendo sido aprovado sem restrições e ressalvas sob um novo protocolo (N° 07290341-4).

O estudo incorpora os princípios da referida resolução, tendo sido assegurado aos sujeitos participantes o sigilo de suas identidades, que em suas respostas não foram

expressos juízos de valor e que os mesmos poderiam se retirar do estudo a qualquer momento, conforme sua anuência, sem qualquer ônus financeiro e/ou material ou prejuízo nas atividades coletivas com o grupo de idosos.

4.7 Apoio financeiro

Parte do projeto foi financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, por meio de bolsa de pós-graduação, com início em abril de 2006 e término previsto para fevereiro de 2008. Os demais gastos com o estudo foram assumidos pela pesquisadora.

Capítulo 5



Resultados

*“Quando se vê, já são 6 horas: há tempo... Quando se vê, já é 6ª feira...
Quando se vê, passaram 60 anos!”
Mário Quintana*

5 Resultados

Após a inserção dos idosos na pesquisa a partir dos critérios de inclusão, foram investigados alguns aspectos importantes da saúde cardiovascular de 54 idosos, de ambos os sexos, frequentadores ativos das reuniões do Salão do Idoso. A seguir, tem-se a descrição desses aspectos:

Quadro 6: Caracterização sócio-demográfica dos idosos. Fortaleza, 2007.

	f	%	Média	DP
Sexo				
Masculino	14	25,9		
Feminino	40	74,1		
Faixa Etária (anos)				
60 70	24	44,4	69,83	± 7,244
70 80	26	48,1		
80 90	4	7,4		
Cor				
Branca	18	33,3		
Não-branca	36	66,7		
Estado Civil				
Casado	27	50,0		
Viúvo	20	37,0		
Solteiro	4	7,4		
Separado/Divorciado	3	5,6		
Escolaridade				
Analfabeto	7	13,0		
Lê/assina o nome	18	33,3		
Ens. Fundamental	25	46,3		
Ens. Médio	4	7,4		
Renda (SM)				
< 1,0	1	1,9	1,73	± 1,160
1,0 - 1,9	28	51,9		
2,0 - 2,9	20	37,0		
3,0 - 3,9	3	5,6		
4,0 ou mais	2	3,7		
Pessoas no domicílio				
Mora sozinho	8	14,8	3,61	± 2,75
Duas	13	24,1		
Três	13	24,1		
Quatro	7	13,0		
Cinco	7	13,0		
Mais de cinco	6	11,1		
Procedência (SER)				
I, II, III e IV	-			
V	9	16,7		
VI	44	81,5		
Outros municípios	1	1,9		

n = 54; f = Frequência absoluta; % = Frequência percentual; DP = Desvio padrão
SM = Salário mínimo (R\$ 380,00 em 2007); SER = Secretaria Executiva Regional

O quadro 6 mostra prevalência do sexo feminino (40 idosas) ante ao sexo masculino (14 idosos) e que 26 indivíduos encontravam-se na faixa etária de 70 a 79 anos (48,1%), sendo que, dos 14 homens pesquisados, nove encontravam-se nessa faixa e entre as idosas, metade encontrava-se prioritariamente entre 60 e 69 anos. A idade máxima encontrada foi de 87 anos. Já em relação à cor, a maioria dos participantes foi de não-brancos (negros ou pardos), com mais de 66% do total.

Metade dos participantes da pesquisa foi de indivíduos casados, mas o quadro também mostra que houve porcentagem considerável de viúvos entre os idosos (37%).

Em relação à escolaridade do grupo, tem-se que 25 idosos apresentavam menos de nove anos de estudo completos (o que representa o Ensino Fundamental) e 18 idosos apenas lêem e/ou assinam o próprio nome, mas não apresentam escolaridade comprovada.

A renda familiar mensal prevalente foi de um salário mínimo. Foi observado que tal renda era proveniente da aposentadoria do próprio idoso, que em grande parte dos casos, era o único provedor da família.

Quanto à vida em sociedade familiar, o quadro 6 mostra que 26 idosos moravam com mais uma ou duas pessoas em casa e 14,8% dos idosos viviam sós. Foi observado também que alguns idosos moram com seus cônjuges e filhos, que por sua vez já constituem outra família no mesmo domicílio, provado pela presença de genros, noras e netos morando com o idoso.

Ao separar a população estudada por sexo, para uma melhor compreensão de seu perfil, tem-se que a maioria dos homens era casado, com pouca instrução escolar (somente lê e/ou assina o próprio nome ou possui o ensino fundamental incompleto, com menos de quatro anos de estudo). Apresenta-se renda média mensal de um salário mínimo e os mesmos moravam no domicílio com mais uma pessoa (geralmente a esposa). Treze homens declararam-se aposentados e apenas um afirmou ainda trabalhar, como pedreiro.

Entre as mulheres, houve certo equilíbrio entre as casadas e as viúvas (29,6 e 33,3%, respectivamente), a maioria delas apresentou escolaridade de nível fundamental incompleto, apesar de quatro delas apresentarem mais de nove anos de estudo. A renda mensal variou entre um e dois salários mínimos e houve equilíbrio também entre o número de pessoas que divide o domicílio com a idosa (duas ou três pessoas). As

mulheres declararam-se, em sua maioria, aposentadas (23 idosas), mas cinco idosas afirmaram também serem pensionistas (normalmente por conta da viuvez) e dez delas declararam o trabalho em casa como ocupação. Duas idosas relataram ainda trabalhar na tentativa de aumentar a renda familiar, sendo uma vendedora e a outra doméstica.

Em relação à procedência dos idosos, era de se esperar que todos fossem de bairros sob a abrangência da Secretaria Executiva Regional (SER) VI da Prefeitura Municipal, como os bairros citados por 44 idosos (Passaré, Jardim das Oliveiras, Castelão, Jardim União, Dias Macedo, Barroso, Aerolândia e Boa Vista), mas os resultados mostram que nove idosos eram procedentes de bairros da SER V (José Walter, Cidade Nova e Conjunto Ceará) e um homem, que comparece regularmente às reuniões, mora em outro município pertencente à região metropolitana de Fortaleza.

Quadro 7: Caracterização clínica dos idosos, em relação ao índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal (CA) e pressão arterial (PA). Fortaleza, 2007.

		f	%	Média	DP
IMC					
	Abaixo do peso	3	5,6		
	Peso normal	11	20,4		
	Sobrepeso	24	44,4	27,66	± 4,2562
	Obesidade I	15	27,8		
	Obesidade II	-			
	Obesidade III	1	1,9		
Circ. abdominal					
	Ideal	3	5,6		
	Limítrofe	11	20,4	99,91	± 10,6
	Superior	40	74,1		
PA 1					
	Ótima/Normal	36	66,7		PAS ₁ = ± 21,19
	Limítrofe	4	7,4		
	HA leve	2	3,7	128,4 x 73,5	PAD ₁ = ± 7,244
	HA moderada	-			
	HA grave	1	1,9		
	HA sistólica isolada	11	20,4		
PA 2					
	Ótima/Normal	37	68,5		PAS ₂ = ± 19,363
	Limítrofe	5	9,3		
	HA leve	3	5,6	128,1 x 74,1	PAD ₂ = ± 7,427
	HA moderada	-			
	HA grave	1	1,9		
	HA sistólica isolada	8	14,8		
PA 3					
	Ótima/Normal	36	66,7		PAS ₃ = ± 17,646
	Limítrofe	6	11,1		
	HA leve	3	5,6	128,6 x 74,6	PAD ₃ = ± 7,111
	HA moderada	-			
	HA grave	1	1,9		
	HA sistólica isolada	8	14,8		

n = 54; f = Frequência absoluta; % = Frequência percentual; DP = Desvio padrão
 PAS = Pressão arterial sistólica; PAD = Pressão arterial diastólica

Em relação ao Índice de Massa Corporal (kg/m^2), o quadro 7 mostra que quase a metade dos idosos pesquisados (44,4%) encontram-se com sobrepeso. Uma idosa encontra-se na faixa de obesidade tipo III, com a média de 30 quilogramas acima do seu peso ideal. O ponto de corte para o IMC utilizado foi o proposto pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2007) e Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2007), que delimitam o IMC da seguinte forma:

- 19.9 ou menor: Peso inferior ao normal
- 20.0 - 24.9: Peso normal
- 25.0 - 29.9: Peso superior ao normal (sobrepeso)
- 30.0 - 34.9: Obesidade do tipo I
- 35.0 - 39.9: Obesidade do tipo II
- 40.0 ou maior: Obesidade do tipo III

Já quanto à circunferência ou perímetro abdominal, tem-se que a maioria dos idosos (74,1%) apresentam cifras superiores às recomendadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, que atualmente considera a circunferência ideal de até 80cm para as mulheres e até 90cm para os homens (SBC, 2007), com o limite de 88cm para mulheres e 102cm para os homens (DIRETRIZES, 2006).

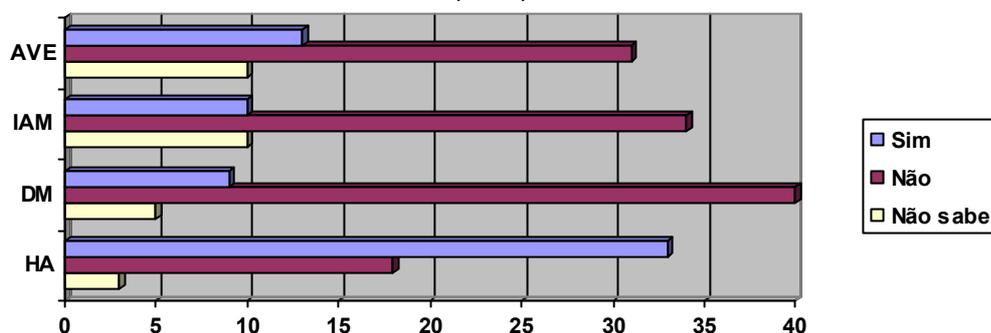
Os valores da pressão arterial dos idosos foram verificados em três momentos distintos. Vale ressaltar que para a classificação dos valores tensionais do portador de hipertensão nas categorias presentes no quadro acima, foram levados em conta os parâmetros das V Diretrizes de Hipertensão Arterial citados anteriormente e, quando as pressões sistólica e diastólica situaram-se em categorias diferentes, o maior valor foi utilizado para classificação da PA (DIRETRIZES, 2006).

Na primeira verificação, encontramos 66,7% dos idosos com a pressão arterial ótima ou normal (ou seja, controlada) e onze idosos apresentando hipertensão sistólica isolada. No segundo momento, o número de idosos com a pressão dentro dos padrões normais subiu para 37 e o de idosos com HA sistólica diminuiu para oito. Já na terceira verificação, vimos que o número de idosos com pressão normal voltou a 36 (semelhante à primeira verificação), havendo aumento significativo no número de idosos com os valores limítrofes para a hipertensão (na primeira avaliação, foram quatro idosos e na

última, seis idosos). Uma idosa investigada manteve-se com hipertensão grave nas três verificações, sendo orientada a respeito de tal situação.

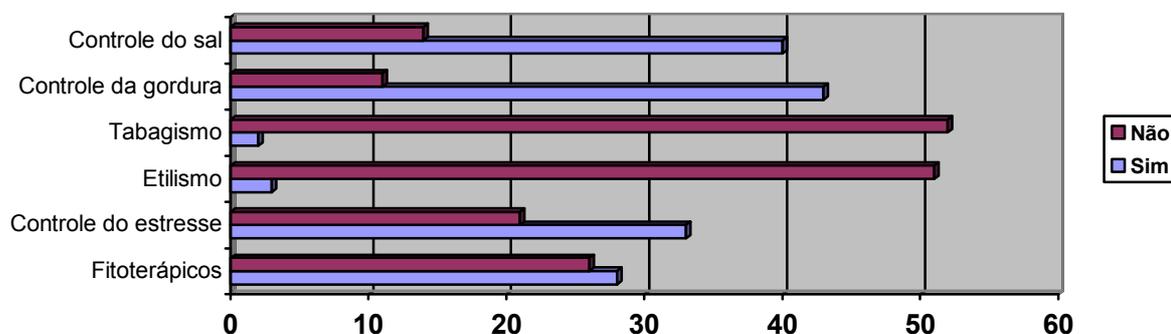
Ao se verificar a presença da hipertensão nesse grupo (valores tensionais não controlados, mesmo estando os idosos em tratamento), temos que na primeira verificação esse valor foi de 25,9% e na segunda e terceira verificações, o valor caiu para 22,2%.

Gráfico 1: Caracterização dos idosos quanto aos antecedentes familiares para hipertensão (HA), diabetes (DM), infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE). Fortaleza, 2007.



Ao investigar a presença de antecedentes familiares para determinadas doenças no grupo em questão, considerando a presença dessas doenças no pai, mãe, tios e/ou irmãos, observou-se que apesar do declínio cognitivo característico da idade, quase a totalidade dos idosos soube responder à questão colocada. Viu-se que mais de 60% dos idosos referiram antecedente familiar para hipertensão (33 idosos); mais de 16% deles apresentavam parentes de primeiro grau com diabetes (nove idosos); 18,5% e 24,1% dos idosos referiam, respectivamente, episódios de infarto do miocárdio (10 idosos) e acidente vascular encefálico (13 idosos) na família.

Gráfico 2: Tratamento não-farmacológico adotado pelos idosos. Fortaleza, 2007.



Ao ser investigado o tratamento não-farmacológico adotado pelos idosos no controle da hipertensão arterial, observa-se que quase 26% dos idosos (14) relataram não controlar o consumo de sal em sua dieta diária, assim como pouco mais de 20% dos mesmos (11) também não realizavam controle sobre o consumo de gordura animal ou vegetal.

Em relação ao tabagismo e ao consumo de bebidas alcoólicas atual, tem-se que poucos idosos assumiram tal prática (duas e três idosas, respectivamente).

Já em relação ao controle do estresse, 21 idosos referiram situações constantes de estresse e inabilidade em lidar com tais situações, apesar de grande parte deles demonstrar durante os encontros o desejo de modificar seu comportamento.

Foi investigado também o uso de algum tipo de preparado à base de plantas medicinais ou fitomedicamento para auxílio no controle pressórico dos idosos. Dos 54 participantes da pesquisa, pouco mais da metade relataram esta prática (51,9%; 26 idosos), alguns por indicação de profissionais da saúde, conhecimento prévio da planta ou indicação de amigos e familiares.

No que se refere à prática de atividades físicas pelos idosos, tem-se a tabela 1:

Tabela 1: Prática de atividades físicas regulares pelos idosos, em relação à intensidade. Fortaleza, 2007.

Tipo de atividade	f	%
Leve	23	42,6
Moderada	12	22,2
Intensa	-	-
Inatividade	19	35,2
Total	54	100,0

f = Frequência absoluta; % = Frequência percentual

A tabela acima mostra que sobre 35 idosos relataram praticar atividades físicas regularmente semanalmente, seja ela leve ou moderada e que pouco mais de 35% dos idosos pesquisados referiram não fazer nenhum tipo de exercício físico.

Os idosos em tratamento medicamentoso para hipertensão foram divididos naqueles que fazem tratamento com apenas uma droga (monoterapia) e naqueles que utilizam duas, três ou quatro drogas diferentes (terapia combinada).

Quadro 8: Tratamento farmacológico adotado pelos idosos. Fortaleza, 2007.

	Medicação 1			Medicação 2			Medicação 3			Medicação 4			f
	Droga	Dose	Posol	Droga	Dose	Posol	Droga	Dose	Posol	Droga	Dose	Posol	
Monoterapia	HCTZ	25mg	01cp										5
			02cp										1
	CAPT	25mg	01cp										8
			02cp										9
			03cp										1
			05cp										1
	VERAP	80mg	03cp										1
	ANLO	5mg	01cp										1
Terapia combinada	HCTZ	25mg	01cp	CAPT	25mg	01cp							2
	HCTZ	25mg	01cp	CAPT	25mg	02cp							4
	HCTZ	25mg	01cp	CAPT	25mg	06cp							3
	HCTZ	25mg	01cp	CAPT	25mg	09cp							1
	HCTZ	25mg	01cp	PROP	40mg	01cp							1
	HCTZ	25mg	01cp	PROP	40mg	03cp							2
	HCTZ	25mg	01cp	MDPA	250mg	04cp							1
	HCTZ	25mg	01cp	LISINO	5mg	01cp							1
	HCTZ	25mg	01cp	VERAP	80mg	03cp							1
	CAPT	25mg	04cp	PROP	40mg	02cp							1
	MDPA	250mg	02cp	PROP	40mg	04cp							1
	LOSA	50mg	01cp	CARV	6,25mg	01cp							1
	LOSA	50mg	02cp	ANLO	5mg	01cp							1
	ATEN	50mg	01cp	ENAL	20mg	01cp							1
	HCTZ	25mg	01cp	PROP	40mg	03cp	MDPA	250mg	04cp				1
	HCTZ	25mg	01cp	PROP	40mg	03cp	FUROS	40mg	02cp				1
	HCTZ	25mg	01cp	PROP	40mg	02cp	CAPT	25mg	04cp				1
	HCTZ	25mg	01cp	CAPT	25mg	02cp	PROP	40mg	02cp	ENAL	20mg	01cp	1
	HCTZ	25mg	02cp	CAPT	25mg	06cp	LOSA	50mg	01cp	ANLO	5mg	02cp	1
	CAPT	25mg	02cp	FUROS	40mg	02cp	CARV	6,25mg	02cp	ALDAC	50mg	01cp	1
TOTAL												54	

ANLO = Anlodipino
 ENAL = Enalapril
 LISINO = Lisinopril
 VERAP = Verapamil

ATEN = Atenolol
 ESPIR = Espironolactona
 LOSA = Losartan

CAPT = Captopril
 FUROS = Furosemida
 MDPA = Metildopa

CARV = Carvedilol
 HCTZ = Hidroclorotiazida
 PROP = Propranolol

O quadro 8 mostra que metade dos idosos faz uso de monoterapia medicamentosa, sendo utilizadas quatro drogas diferentes, em posologias diversas. A maior parte dos idosos faz uso de captopril, com posologia de 25mg ou 50mg ao dia (oito e nove idosos, respectivamente), seguido pelo uso de hidroclorotiazida 25mg ao dia (cinco idosos).

Já em relação à terapia medicamentosa combinada, observa-se um maior uso da associação de hidroclorotiazida 25mg/dia ao captopril 50mg/dia (quatro idosos) e hidroclorotiazida 25mg/dia ao captopril 150mg/dia (três idosos).

Os idosos foram perguntados ainda sobre a presença ou não de reações adversas aos medicamentos anti-hipertensivos em uso:

Tabela 2: Quantidade de reações adversas diferentes decorrentes do uso dos agentes anti-hipertensivos relatadas pelos idosos. Fortaleza, 2007.

Nº de reações	f	%	Média	DP
Nenhuma	19	35,2		
Uma	18	33,3	1,02	0,921
Duas	14	25,9		
Três	3	5,6		
Total	54	100,0		

f = Frequência absoluta; % = Frequência percentual; DP = Desvio padrão

Segundo a tabela acima, 35 idosos relataram sentir alguma reação adversa durante o uso dos medicamentos. Como a metade dos idosos faz uso de duas ou mais drogas, fica difícil definir quais delas causavam estas reações na população estudada. Entretanto, dentre aqueles em uso de captopril em monoterapia, foi comum a afirmação da ocorrência de tosse seca.

As múltiplas reações adversas citadas foram enumeradas e no quadro 12:

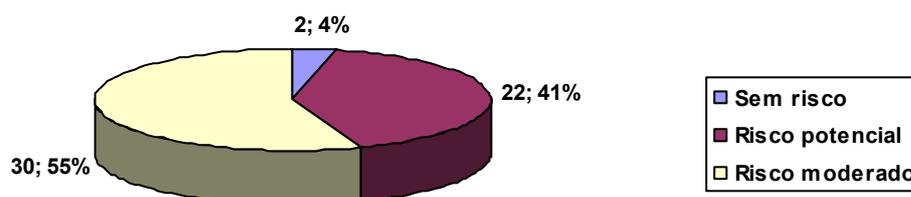
Quadro 9: Tipos de reações adversas diferentes relatadas pelos idosos. Fortaleza, 2007.

Reações	f	%
Poliúria	11	20,4
Tosse seca	10	18,5
Boca seca	9	16,7
Tontura/Vertigem	4	7,4
Adormecimento das mãos/pés	3	5,6
Aumento de peso	2	3,7
Dificuldade de respirar/engolir	2	3,7
Coceira	2	3,7
Hipotensão	1	1,9
Desconforto gastrointestinal	1	1,9
Constipação	1	1,9
Cansaço	1	1,9
Rouquidão	1	1,9
Alteração do sono (sonolência)	1	1,9
Alteração do sono (insônia)	1	1,9
Formigamento	1	1,9
Alteração no paladar	1	1,9
Outras	3	5,6

n = 54; f = Frequência absoluta; % = Frequência percentual

As reações mais citadas pelos idosos, foram poliúria (20,4%), tosse seca (18,5%) e boca seca (16,7%). Apesar da poliúria não ser considerada pela literatura como reação adversa medicamentosa, já que é um efeito esperado de grande parte dos medicamentos anti-hipertensivos, este evento foi incluído no estudo porque a diurese excessiva ou freqüente foi citada como desconforto pelos idosos, que relataram falhas, interrupções ou abandono do tratamento terapêutico em sua decorrência.

Gráfico 3: Risco coronariano dos idosos em tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza, 2007.

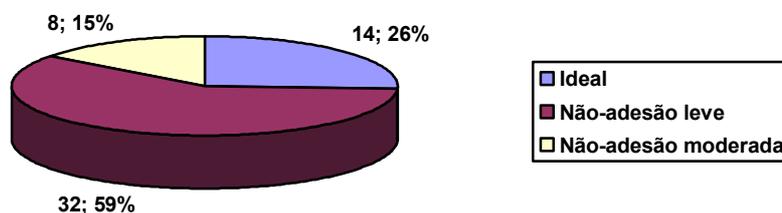


O gráfico 3 apresenta o risco de desenvolvimento de doença coronariana ao qual os idosos estão submetidos, considerado de acordo com a tabela de risco coronariano (SBC, 2007) desenvolvida pela *American Heart Association* em 1979, conforme a seguinte classificação:

- Sem risco coronariano: Pontuação de 0 a 8
- Risco potencial: 9 a 17 pontos
- Risco moderado: 18 a 40 pontos
- Risco coronariano alto: 41 a 59 pontos
- Faixa de perigo: 60 a 67 pontos
- Perigo máximo: 68 pontos

Foi verificado que os participantes se distribuíram em apenas três categorias das seis listadas pela tabela de risco. Encontramos apenas duas idosas na faixa “sem risco”, enquanto que na faixa “risco potencial”, tivemos três homens e 19 mulheres e no “risco moderado”, encontramos 12 homens e 18 mulheres (média de 17,65 e desvio padrão de $\pm 6,244$).

Gráfico 4: Adesão terapêutica dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza, 2007.



O gráfico acima mostra a adesão do idoso à terapêutica instituída, na tentativa de controle da hipertensão. Para este cálculo, foi utilizado o instrumento de avaliação da adesão ao tratamento da hipertensão proposto por Moreira (2003), que apresenta a seguinte classificação:

- Adesão ideal: 10,0
- Não-adesão leve: de 7,0 a 9,0
- Não-adesão moderada: de 5,0 a 6,9
- Não-adesão grave: de 3,0 a 4,9
- Não-adesão gravíssima: de 0,0 a 2,9

Entretanto, os idosos que apresentaram nota superior a 9,0, foram incluídos na categoria de adesão ideal, já que o instrumento utilizado não faz referência específica a essa pontuação.

Na população estudada, também se houve inclusão dos idosos em três das cinco categorias da escala de adesão. Nota-se que 40 idosos apresentam algum grau de não-adesão, sendo este, leve (32 idosos; nove homens e 23 mulheres) e moderado (oito idosos; quatro homens e quatro mulheres). A média encontrada para a adesão terapêutica foi de 8,21 (desvio padrão: $\pm 0,956$). Foram considerados indivíduos com adesão ideal dois homens e 12 mulheres, sendo que, destes, apenas uma idosa obteve nota 10,0 na aplicação do instrumento.

A seguir, realizamos associação de algumas variáveis:

Quadro 10: Características dos idosos e sua associação ou não com risco coronariano e adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Fortaleza, 2007.

Variáveis	RISCO				ADESÃO				
	Sem risco / Potencial	Moderado	Teste	p	Ideal	Não Leve	Não Moderada	Teste	p
Faixa etária									
60 -- 69	11 (45,8)	13 (54,2)			8 (33,3)	12 (50,0)	4 (16,7)		
70 -- 87	13 (43,3)	17 (56,7)	0,34 ¹	0,854	6 (20,0)	20 (66,7)	4 (13,3)	1,639 ¹	0,441
Sexo									
Masc	2 (14,3)	12 (85,7)			2 (14,3)	8 (57,1)	4 (28,6)		
Fem	22 (55,0)	18 (45,0)	6,962 ¹	0,008	12 (30,0)	24 (60,0)	4 (10,0)	3,416 ¹	0,181
Estado civil									
Solt/Sep	4 (57,1)	3 (42,9)			2 (28,6)	5 (71,4)	-		
Casado	9 (33,3)	18 (66,7)			9 (33,3)	13 (48,1)	5 (18,5)		
Viúvo	11 (55,0)	9 (45,0)	2,710 ¹	0,258	3 (15,0)	14 (70,0)	3 (15,0)	5,068 ²	0,280
Renda									
Até 1 SM	12 (46,2)	14 (53,8)			7 (26,9)	16 (61,5)	3 (11,5)		
1 -- 2 SM	9 (45,0)	11 (55,0)			6 (30,0)	11 (55,0)	3 (15,0)		
2 -- 8 SM	3 (37,5)	5 (62,5)	0,190 ¹	0,910	1 (12,5)	5 (62,5)	2 (25,0)	1,588 ²	0,811
Escolaridade									
Analf -- Lê	11 (44,0)	14 (56,0)			4 (16,0)	15 (60,0)	6 (24,0)		
EF Incomp	12 (50,0)	12 (50,0)			9 (37,5)	13 (54,2)	2 (8,3)		
EF -- EM	1 (20,0)	4 (80,0)	1,512 ¹	0,470	1 (20,0)	4 (80,0)	-	6,188 ²	0,186
Ativ. Física									
Sim	18 (51,4)	17 (48,6)			14 (40,0)	20 (57,1)	1 (2,9)		
Não	6 (31,6)	13 (68,4)	1,965 ¹	0,161	-	12 (63,2)	7 (36,8)	17,276 ¹	0,000

Os números em parênteses correspondem às porcentagens (%) em relação às variáveis

1: Teste do qui-quadrado ou *Pearson Chi-Square*; 2: Razão de verossimilhança ou *Likelihood Ratio*

O quadro 10 mostra que os idosos até 69 anos apresentaram, em sua maioria, risco moderado para desenvolvimento de doenças coronarianas e não-adesão terapêutica leve, sendo que para a faixa etária de 70 anos ou mais, os resultados encontrados foram semelhantes.

Os homens se apresentaram em uma faixa de risco maior (risco moderado) se comparados às mulheres (sem risco ou risco potencial), comprovado pelo valor de p (0,008), em destaque no quadro. Para os dois sexos, a faixa de prevalência da adesão foi a não-adesão leve.

Entre os indivíduos casados, o risco coronariano encontrado foi moderado, enquanto que para os solteiros, separados e viúvos, a maioria dos indivíduos apresentou risco potencial ou estavam sem risco de desenvolvimento de doença coronariana. Já em relação à adesão terapêutica, a maior parte dos indivíduos, não importando o estado civil, se apresentou na categoria “não-adesão leve”.

Relacionando renda mensal e risco coronariano, pode-se dizer que houve equilíbrio entre as faixas “sem risco/risco potencial” e “risco moderado”, independente da faixa salarial dos idosos, mas ao se investigar a adesão, tem-se que os idosos divididos nas três faixas de renda definidas no quadro 10, apresentaram não-adesão leve.

Quando verificamos o risco coronariano ao qual estão submetidos os idosos analfabetos ou aqueles que somente lêem e/ou assinam o próprio nome, vimos que grande parte deles apresentaram risco moderado (56%) e não-adesão terapêutica leve (60%). Já entre os idosos que não possuem o ensino fundamental completo, vimos equilíbrio entre as faixas “sem risco/risco potencial” e “risco moderado”, com grau de não-adesão terapêutica leve prioritariamente. Entre os idosos que completaram o ensino fundamental e/ou médio, temos a grande maioria na faixa de risco coronariano moderado e não-adesão terapêutica leve.

Entre os idosos que praticavam algum tipo de atividade física regular, tem-se certo equilíbrio daqueles sem risco ou com potencial risco coronariano, além 40% desses idosos com adesão terapêutica ideal. Já em relação aos idosos que não praticavam atividade física, tem-se que todos apresentaram alguma falha na adesão terapêutica ($p = 0,000$).

Quadro 11: Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e sua relação ou não com o risco coronariano dos idosos. Fortaleza, 2007.

	RISCO			p	TOTAL
	Sem risco/ Potencial	Moderado	Teste		
Adesão					
Ideal	7 (50,0)	7 (50,0)			14
Não adesão leve	17 (53,1)	15 (46,9)			32
Não adesão moderada	-	8 (100,0)	7,552 ¹	0,023	8

Os números em parênteses correspondem às porcentagens (%) em relação adesão terapêutica

1: Teste do qui-quadrado ou *Pearson Chi-Square*

Dos idosos com adesão terapêutica ideal e não-adesão leve, observa-se que praticamente a metade encontra-se sem risco coronariano ou com risco potencial. Já entre os idosos com não-adesão terapêutica moderada, todos apresentaram risco moderado para doenças coronarianas, evidenciado por $p = 0,023$.

Quadro 12: Número de reações medicamentosas relatadas pelos idosos e sua relação ou não com a adesão terapêutica e risco coronariano dos idosos. Fortaleza, 2007

	Nº de reações				Teste	p
	0	1	2	3		
Adesão						
Ideal	5 (35,7)	7 (50,0)	2 (14,3)	-		
Não adesão leve	10 (31,3)	8 (25,0)	11 (34,4)	3 (9,4)		
Não adesão moderada	4 (50,0)	3 (37,5)	1 (12,5)	-	7,871 ²	0,248
Risco						
Sem risco/Potencial	11 (45,8)	8 (33,3)	4 (16,7)	1 (4,2)		
Moderado	8 (26,7)	10 (33,3)	10 (33,3)	2 (6,7)	3,027 ²	0,388

Os números em parênteses correspondem às porcentagens (%) em relação adesão terapêutica
2: Razão de verossimilhança ou *Likelihood Ratio*

No quadro 12 tem-se que quase 65% dos idosos que relataram uma ou mais reações adversas aos medicamentos anti-hipertensivos, apresentaram adesão ideal; 68,8% apresentaram não-adesão terapêutica leve e 50% dos idosos apresentaram não-adesão moderada. A maioria dos idosos sem risco coronariano ou com risco potencial relatou não sentir nenhuma reação adversa (45,8%).

Quadro 13: Correlação linear entre adesão terapêutica e risco coronariano com algumas variáveis causais. Fortaleza, 2007

Variável		Risco	Adesão
Risco coronariano	r (p)	-	- 0,399 (0,003)
Faixa etária	r (p)	0,091 (0,512)	- 0,106 (0,444)
Renda	r (p)	- 0,003 (0,984)	0,013 (0,928)
IMC	r (p)	0,173 (0,210)	0,035 (0,804)
PAS 1	r (p)	0,316 (0,020)	-0,483 (0,000)
PAD 1	r (p)	0,189 (0,171)	-0,362 (0,007)
PAS 2	r (p)	0,299 (0,028)	-0,357 (0,008)
PAD 2	r (p)	0,135 (0,330)	-0,23 (0,094)
PAS 3	r (p)	0,318 (0,019)	-0,527 (0,000)
PAD 3	r (p)	0,18 (0,194)	-0,272 (0,046)

r: Coeficiente de correlação; p: Teste de significância (5%)

Ao se verificar correlação entre as variáveis faixa etária, renda familiar mensal, índice de massa corporal, pressão arterial sistólica e diastólica, risco coronariano e adesão terapêutica, nota-se correlação entre os valores da pressão arterial tanto com o risco coronariano como com a adesão, além da correlação inversamente proporcional entre a adesão e o risco ($r = -0,399$ e $p = 0,003$).

Há correlação diretamente proporcional (r positivo) dos valores tensionais com o cálculo do risco, ou seja, quanto maior o valor das pressões sistólicas, maior o risco coronariano ao qual o idoso está submetido ($p = 0,020$ na primeira verificação da PAS; $p = 0,028$ na segunda; $p = 0,019$ na terceira verificação da PA sistólica). Há correlação inversamente proporcional (valores negativos de r) das pressões sistólicas nas três verificações ($p_1 = 0,000$; $p_2 = 0,008$; $p_3 = 0,000$) e das pressões diastólicas, em duas verificações ($p_1 = 0,007$; $p_3 = 0,046$), com a adesão terapêutica, ou seja, quanto maior os valores tensionais, menor será a adesão do paciente ao tratamento anti-hipertensivo.

Capítulo 6



Discussão

“A verdade é sempre a realidade interpretada”.
Oswald de Andrade

6 Discussão dos Resultados

6.1 Características sócio-demográficas

A seguir, temos a discussão sobre os principais aspectos sócio-demográficos encontrados no grupo de idosos investigados, iniciando pelo sexo:

A prevalência do sexo feminino neste estudo equivale a outros estudos realizados anteriormente pela pesquisadora (OLIVEIRA e ARAUJO, 2007; OLIVEIRA, ARAUJO e MOREIRA, 2002) e em algumas outras pesquisas (TAVARES et al., 2007; SILVA et al., 2006; MENÉNDEZ et al., 2005), apesar das V Diretrizes de Hipertensão Arterial (2006) revelarem que, mesmo a prevalência global da HA ser discretamente maior entre os homens, o sexo não pode ser considerado fator de risco para esta doença.

Esta diferença da participação feminina no estudo pode ser explicada pela própria demografia populacional brasileira e pela maior procura das mulheres por serviços e saúde e lazer.

Blanski e Lenardt (2005), analisando a demografia populacional, mostram que isto pode ocorrer por conta do aumento da expectativa de vida ao nascer, que tem sido mais significativo no sexo feminino, causado, possivelmente, pela proteção cardiovascular dada pelos hormônios femininos e porque as mulheres apresentam condutas menos agressivas, menor exposição a determinados riscos, maior atenção ao aparecimento de problemas de saúde, entre outros fatores. O risco cardiovascular das mulheres só vai ser igualado ao dos homens, quando elas atingem os 70 anos de idade (PIAZZA, DE LORENZI e SACIOTO, 2005).

A feminização do envelhecimento é um fato comprovado atualmente. Entretanto, Camarano (2002) mostra que nem sempre a maior longevidade feminina é vista como vantagem, pois muitas mulheres idosas passam pela experiência de debilitação e dependência funcional devido a doenças crônicas.

Ao analisar a distribuição dos óbitos por doença isquêmica do coração em idosos do município do Rio de Janeiro em 2000, Abreu, Medronho e Escosteguy (2007) encontraram que houve aumento na proporção dos óbitos femininos por doença isquêmica cardíaca em idosos concomitante com a faixa etária, o que reforçaria a tese de

que ao perder a proteção hormonal, as mulheres atingem patamares semelhantes aos homens.

Quando buscamos analisar especificamente a faixa etária do grupo, foi encontrado um maior número de idosos na faixa compreendida entre os 70 e 79 anos (48,1%). Como resultado do expressivo aumento na expectativa de vida e do envelhecimento populacional, as doenças infecciosas e parasitárias cederam lugar às doenças crônico-degenerativas, e como já foi dito, a hipertensão é uma das principais representantes desse tipo de doença.

Barreto et al. (2003) ao tentarem determinar o risco de adultos e idosos de uma comunidade desenvolverem doença arterial coronariana em 10 anos viram que a probabilidade de ocorrer este evento entre os homens cresceu gradativamente com a faixa etária, atingindo seu pico na faixa etária de 70 a 74 anos.

Para a Organização Mundial de Saúde uma população é considerada envelhecida quando tem 7% de idosos. Como no estado do Ceará projeta-se que 8,79% da população seja formada por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (DATASUS, 2007), podemos considerar que temos uma população envelhecida, fato que merece destaque especial em relação à prevalência de doenças como a hipertensão e outras doenças cardiovasculares.

É importante ressaltar que a idade acima de 60 anos já se constitui em fator de risco para o desenvolvimento de complicações relativas à HA, o que torna os idosos pertencentes necessariamente aos grupos de risco médio ou alto na estratificação do risco cardiovascular (DIRETRIZES, 2006). Sabendo disso, a atuação do enfermeiro é vital na redução da incidência dos fatores de risco modificáveis ou na manutenção de um bom estado de saúde do idoso por ele atendido.

Já em relação à cor, referindo-se à raça prevalente no grupo, pontuamos que a classificação da cor da pele dos idosos foi realizada pela observação direta pela pesquisadora, dicotomizada em brancos e não-brancos. Dos 54 idosos, 66,7% deles era de não-brancos (pardos e negros).

Katung (2006) ressalta que independentemente do valor da pressão arterial ou de idade, o risco de lesão de órgãos-alvo é relativamente maior nos indivíduos negros, além de que as atuais Diretrizes de Hipertensão (2006) colocam que a prevalência da hipertensão é mesmo maior entre indivíduos não-brancos.

Estas afirmações encontram respaldo em diversos estudos brasileiros, como o de Zaitune et al. (2006), que objetivou avaliar, em idosos, a prevalência da hipertensão arterial e analisá-la segundo variáveis sócio-econômicas, demográficas e de comportamentos relacionados à saúde, onde idosos de cor não-branca apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial, após análise univariada. Os autores pontuam ainda que alguns fatores contribuíram para acarretar essas disparidades de saúde entre brancos e não-brancos, entre eles, fatores sócio-econômicos, estilo de vida, o ambiente social (incluindo as oportunidades educacionais e econômicas, a discriminação racial e as condições de trabalho) e o acesso a serviços de saúde.

Assim como o estudo de Lopes et al. (2002) na Bahia, que buscou avaliar o quanto a hipertensão arterial identificada no início do acompanhamento nefrológico está associada com a incidência de doença renal terminal em não-brancos, encontrando realmente que essa incidência é maior em negros e mulatos do que em brancos portadores de HA, independente dos grupos etários.

Outro estudo baiano, o de Noblat, Lopes e Lopes (2004), buscou comparar pacientes de diversos grupos raciais (brancos, mulatos e negros) e identificou que existe associação entre a raça do paciente e a presença de dados indicativos de acidente vascular cerebral, hipertrofia ventricular esquerda ou insuficiência renal, pontuando que formas mais graves e/ou início mais precoce de hipertensão, menor adesão ao tratamento e maiores barreiras para um acompanhamento médico de boa qualidade podem contribuir para essa maior prevalência de alterações de órgãos-alvo da HA em negros e mulatos.

Katzung (2006) afirma que a raça também afeta a escolha das drogas anti-hipertensivas, pois os negros respondem melhor a anti-hipertensivos diuréticos e bloqueadores dos canais de cálcio do que a betabloqueadores e inibidores da ECA. Isto deve ser levado em conta no momento da instituição da terapia medicamentosa pelo médico.

Quando foi analisado o estado civil dos idosos, vimos que ao encontrar maior número de idosos casados, com pouca diferença entre as idosas casadas e viúvas, temos situação parecida ao estudo desenvolvido por Marques, Rodrigues e Kusumota (2006) que teve como população alvo idosos após a ocorrência de acidente vascular encefálico, onde também houve predomínio de homens casados e mulheres viúvas. As

autoras colocam que o estado marital favorece que o cuidado seja prestado pelas famílias dos idosos.

Ainda enquanto característica sócio-demográfica tem-se a discussão da influência da escolaridade no estado de saúde-doença dos idosos. Encontrar baixa escolaridade no grupo em estudo, de certa forma, era um achado esperado e condizente com a realidade brasileira, em que a maioria dos idosos vivos não teve a oportunidade de ser alfabetizada. Tem-se consciência de que há 50 ou 60 anos atrás, a oportunidade de um indivíduo freqüentar a escola era mínima. No caso dos nossos idosos, era praticamente inexistente, pois a maioria deles provinha de cidades do interior do Ceará ou de outros estados, onde o trabalho infantil na agricultura de subsistência da família era extremamente importante, em detrimento dos estudos.

A pesquisa Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), desenvolvida em São Paulo, reforça os achados, pois a escolaridade encontrada nessa faixa etária pode mesmo refletir a falta de oportunidades em estudar dessa população, pois 21,0% dos idosos paulistas pesquisados nunca freqüentaram a escola e 46,4% deles tinham menos de quatro anos de estudo (LEBRÃO e DUARTE, 2003).

Marques, Rodrigues e Kusumota (2006) encontraram situação semelhante, onde o grau de escolaridade predominante foi de idosos que somente sabiam ler e escrever, seguidos dos que tinham primeiro grau incompleto (no máximo, quatro anos de estudo).

Há a inferência que um baixo nível de escolaridade pode contribuir para o aparecimento ou agravamento da hipertensão, pois esse fato associado a fatores sócio-econômicos e culturais pode dificultar a conscientização do indivíduo para a necessidade de autocuidado, adesão ao tratamento e manutenção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis.

Outra característica que pode influenciar no estado geral de saúde e na adesão à terapêutica instituída é a renda do idoso e sua família. A renda mensal familiar prevalente em mais da metade do grupo foi de um salário mínimo (51,9% dos idosos), proveniente da aposentadoria ou pensão, sendo que esta quase sempre representava a única fonte de renda de toda uma família.

A transição demográfica em países como o Brasil tende a tornar mais crítica a questão da previdência social. O que se observa é que, com o aumento da taxa de desemprego, inexistência de estabilidade empregatícia, além da redução da massa

salarial dos trabalhadores, a aposentadoria dos idosos tornou-se uma das poucas fontes estáveis de renda de toda a família (filhos e netos que estão morando mais com seus idosos) (ACHUTTI e AZAMBUJA, 2004). Dessa forma, o aposentado encontra-se em uma situação difícil: manter a família ou manter sua saúde?

Camarano (2002) já apontava que alguns trabalhos de cunho prospectivo estavam preocupando-se somente com a questão financeira e política da previdência social para o país. No entanto, a perspectiva sócio-familiar do idoso é o que deve ser priorizada, visto que as aposentadorias desempenham um papel muito importante na renda das famílias brasileiras.

Ao abordar o tema família neste ponto da discussão, tivemos a necessidade de investigar se o número de pessoas no domicílio, ou seja, a composição familiar do idoso teria associação com seu estado de saúde.

É sabido que o conceito de família vem sofrendo mudanças ao longo dos séculos, em decorrência de fatores econômicos, políticos, sociais e culturais. Atualmente, a família hoje se caracteriza pela inexistência de um modelo dominante. Castro e Vargas (2005) ressaltam que em relação aos tipos de família, nota-se uma transformação crescente da família nuclear (mãe, pai, filhos) para a família alargada (mãe, pai, filhos, parentes ou amigos), onde a quantidade de famílias neste modelo tende a aumentar, como reflexo da transição demográfica.

Nessa perspectiva, tem-se um índice crescente de idosos vivendo com seus familiares (filho/filha, nora/genro, netos, bisnetos etc.), caracterizando assim, o domicílio multigeracional (MARQUES, RODRIGUES e KUSUMOTA, 2006). Na população estudada, têm-se idosos residindo com seus cônjuges (12,96%), cônjuges e filhos (16,67%), somente com os filhos (12,96%), somente com netos (1,85%), duas gerações vivendo na mesma casa (31,48%), além da residência do idoso com outros parentes (5,56%) e amigos (1,85%). Na composição familiar dos idosos, as famílias possuíam em média 3,6 membros.

Entretanto, ocorreu que 16,67% dos idosos moram sozinhos. A proporção desses idosos é crescente, tanto homens quanto mulheres. Pesquisas recentes têm mostrado que as melhorias nas condições de saúde e outros avanços tecnológicos podem estar sugerindo que viver só, para o idoso, representa formas inovadoras e bem-sucedidas de envelhecimento, onde morar sozinho pode refletir suas preferências (CAMARANO, 2002).

Em relação à procedência dos idosos, viu-se que mesmo morando geograficamente distante do Salão do Idoso, dez idosos faziam questão de comparecer regularmente às reuniões.

Isto pode ser explicado por uma suposta carência de atividades voltadas à esta população em bairros da Secretaria Executiva Regional V, pela repercussão positiva do trabalho realizado no Salão do Idoso por todo o município ou, ainda, pela facilitação de transporte garantida pelo Artigo 39 do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), que assegura a gratuidade para idosos em transportes coletivos públicos urbanos e semi-urbanos, mesmo que este direito só esteja garantido aos indivíduos com mais de 65 anos.

6.2 Características clínicas

Ao se analisar dados clínicos como o IMC (Índice de Massa Corporal), encontramos índice de sobrepeso e obesidade em mais de 74% dos idosos pesquisados (desvio padrão $\pm 4,2562$). Neste estudo foi utilizado o índice proposto pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2007), que vem realizando estudos exaustivos na tentativa de elucidar os problemas cardiovasculares da população. A partir dos dados encontrados, vimos ser urgente o desenvolvimento de estratégias higieno-dietéticas para auxiliar o idoso a manter-se com um peso corporal dentro dos padrões desejados.

Santos e Sichieri (2005) ao realizarem estudo sobre índices de obesidade em idosos ressaltam a dificuldade em se empregar o cálculo do IMC nessa faixa etária, principalmente pela ausência de pontos de corte específicos. Foi observado pelos autores que independente da faixa etária dos idosos, o índice de sobrepeso e de inadequação da gordura foi maior entre as mulheres, assim como no nosso caso e que, realmente, o IMC mantém correlação similar com as medidas de adiposidade para todas as faixas, independente das variações decorrentes do processo de envelhecimento, como o decréscimo de estatura, acúmulo de tecido adiposo e redução da quantidade de água no organismo.

Godoy-Matos e Oliveira (2004) também admitem que, apesar de ser um bom indicador, o IMC apresenta algumas limitações, como: Não distinção entre massa gordurosa e massa magra, podendo ser subestimado nos indivíduos mais velhos; O índice não reflete, necessariamente, a distribuição da gordura corporal; Indivíduos com o mesmo IMC podem ter diferentes níveis de massa gordurosa visceral.

O estudo SABE traz que outras pesquisas têm mostrado que, com o avanço da idade, a massa corporal e a estatura apresentam alterações, onde para os homens a massa corporal tende a alcançar um platô por volta dos 65 anos de idade, diminuindo a partir daí e nas mulheres, geralmente, o aumento persiste até cerca dos 75 anos, quando, então, a massa começa a apresentar redução (LEBRÃO e DUARTE, 2003).

Em relação à medida da circunferência abdominal, a Organização Mundial da Saúde afirma que o perímetro da cintura é indicador da distribuição abdominal e total da gordura (SANTOS e SICHIERI, 2005). Atualmente, vemos que o acúmulo de gordura visceral reflete inúmeros riscos ao indivíduo e a distribuição de gordura é um dos índices mais preditivos de risco para doenças metabólicas, entre elas a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* tipo 2, principalmente se combinado ao cálculo do IMC (GODOY-MATOS e OLIVEIRA, 2004; OPAS, 2003a).

Os autores Godoy-Matos e Oliveira (2004) ressaltam ainda que a gordura visceral (intra-abdominal) é um fator de risco potencial para a doença, independentemente da gordura corporal total e a distribuição de gordura abdominal é claramente influenciada pelo sexo, pois, para que ocorra algum acúmulo de gordura corporal, o homem tem em média duas vezes a quantidade de gordura abdominal do que a mulher no período da pré-menopausa.

Nos idosos freqüentadores do Salão do Idoso, obteve-se um percentual de 74,1% de indivíduos com o perímetro abdominal superior ao recomendado. É notória a implicação deste dado no risco de desenvolvimento ou no agravamento de doenças cardiovasculares na população analisada.

Cristóvão (2000) já indicava que os profissionais dos serviços de saúde, incluindo enfermeiros, devem estar atentos para a avaliação do estado nutricional utilizando, também, a medida da circunferência da cintura na identificação dos grupos de risco para obesidade e hipertensão.

Quando se busca avaliar valores da pressão arterial, temos que ter em mente que o conhecimento dos alvos ideais para controle da PA é importante quando se quer oferecer o melhor prognóstico para os pacientes hipertensos sob tratamento. No caso da população idosa, o valor da pressão a ser obtido por meio do tratamento deve levar em conta a presença de outros fatores de risco cardiovasculares, de doenças concomitantes à HA, de lesões ou danos em órgãos-alvo. As Diretrizes (2006) recomendam redução

gradual da pressão em idosos para valores abaixo de 140 x 90 mmHg, respeitando-se as características individuais e a qualidade de vida dos indivíduos.

É curioso lembrar que até a metade dos anos 80, o tratamento da hipertensão arterial nos idosos era considerado desnecessário, sendo a redução da pressão sistólica isoladamente tida como potencialmente perigosa para os mesmos (SOCERJ, 2004).

No grupo em questão, apesar de encontrar 77,8% dos idosos com pressão arterial variando de ótima a limítrofe (na segunda e terceira verificações), temos que observar que houve a presença de idosos hipertensos com cifras não controladas, mesmo tendo terapêutica medicamentosa instituída há muito tempo.

Apesar da hipertensão sistólica isolada (HSI) ser a mais prevalente entre os idosos, estando mais associada a eventos cardiovasculares que a hipertensão diastólica ou a sistodiastólica (DIRETRIZES, 2002; LIBERMAN, 2007), encontramos uma média de nove idosos com hipertensão sistólica isolada, que pode ser considerada baixa. A ocorrência da hipertensão sistólica pode ser explicada pelas alterações anatômicas e fisiológicas das grandes artérias próprias do envelhecimento (LIBERMAN, 2007).

Estes casos de HSI encontrados, além da idosa que apresentou hipertensão grave (estágio III) nos três encontros, foram notificados tanto à gerência do Salão do Idoso, quanto aos familiares dos mesmos. Foi solicitada ainda a presença de um profissional médico da Unidade de Saúde localizada ao lado do Salão, para que após uma nova avaliação, fossem prescritos medicamentos anti-hipertensivos de urgência para o controle imediato da PA desta idosa. Além disso, todos os idosos foram orientados a comunicar estas ocorrências aos profissionais de saúde que os acompanhavam. Vale ressaltar que a idosa que vinha apresentando níveis não controlados de PA (além de IMC indicando sobrepeso, risco coronariano moderado e não-adesão moderada) foi encontrada sem vida, em sua residência no mês de novembro, pois a mesma morava sozinha, vítima de um ataque fulminante de infarto agudo do miocárdio. Outra idosa participante da pesquisa, que mantinha seus níveis tensionais controlados faleceu no fim do mês de outubro devido a problemas respiratórios que a mesma apresentava há muitos anos.

Freitas et al. (2007) referem-se a um ponto intrigante relativo ao tratamento anti-hipertensivo, quando se trata de casos de hipertensão sistólica isolada: até que ponto pode-se reduzir a pressão diastólica (PAD) sem causar danos ao indivíduo? Após a metanálise de grandes estudos sobre hipertensão sistêmica, os autores concluíram, entre

outras coisas, que a PAD de idosos não deve ser inferior a 65 mmHg, pois a influência da pressão de pulso (PAS - PAD) também deve ser considerada ao se avaliar o risco cardiovascular.

6.3 Antecedentes familiares

Segundo a OPAS (2003b), os antecedentes familiares de um indivíduo são classificados como fatores de risco não-modificáveis individuais (constituição genética) e independentes. Pacientes com parentes em primeiro grau com alguma doença cardiovascular têm maiores riscos de desenvolver essas doenças que a população em geral (GUS, FISCHMANN e MEDINA, 2002). Apesar dos profissionais não poderem intervir neste fator, seu conhecimento prévio é de suma importância para alertar o indivíduo sobre a possibilidade de desenvolvimento de alguma dessas doenças.

Convém ressaltar que fatores de risco referem-se a qualquer atributo inerente ou de exposição de uma pessoa, que aumenta a probabilidade dele padecer de uma enfermidade não transmissível (OLIVEIRA, 2004).

Pereira e Krieger (2004) trazem algumas teorias que envolvem a genética e os valores da pressão arterial. Numa delas, há a afirmação que num indivíduo, cinco ou seis genes contribuem de maneira significativa para a pressão arterial final, apesar de que em alguns indivíduos, no entanto, defeitos em um único gene podem causar alterações significativas na PA e ocorrer grande interferência do ambiente nesta situação.

Ao se investigar a presença de antecedente para hipertensão em parentes de primeiro grau dos idosos, vimos que mais de 60% deles relataram esta positividade. Já em relação aos antecedentes familiares para diabetes *mellitus*, 16,7% dos idosos afirmaram ter tido algum caso de DM entre seus familiares e 9,3% não souberam referir tal fato.

Já quanto aos antecedentes para infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico, 63% e 57,4% dos idosos, respectivamente, referiram não os possuir.

Costa et al. (2007) em estudo que visava determinar a prevalência da hipertensão e os fatores de risco associados na população adulta da cidade de Pelotas/RS identificaram que cerca de 60% dos indivíduos entrevistados possuíam história familiar de doença hipertensiva e que a história familiar positiva de hipertensão no

pai ou mãe dos pesquisados estava associada com aumento da prevalência de hipertensão arterial.

6.4 Tratamento não-farmacológico

O tratamento não medicamentoso tem, como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que, favoreçam a redução da pressão arterial e está indicado a todos os hipertensos, independentemente da idade.

Dentre as modificações que comprovadamente reduzem a PA, tem-se: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas e prática de exercícios físicos com regularidade. Como argumentos positivos para a adoção dessas medidas, temos: baixo custo e risco mínimo; redução da pressão arterial, favorecendo o controle de outros fatores de risco; aumento da eficácia do tratamento medicamentoso; e redução do risco cardiovascular (DIRETRIZES, 2006).

Considerando as restrições físicas, psicológicas e sociais, impostas naturalmente pelo envelhecimento propriamente dito, o profissional de saúde deve preocupar-se também com intervenções terapêuticas, que possam melhorar ainda mais o bem estar dos pacientes hipertensos.

Esta modalidade de tratamento para a hipertensão arterial deve ser encorajada nos idosos, especialmente pela freqüência com que apresentam comorbidades. As Diretrizes do Grupo de Estudos em Cardiogeriatrics (2002) já propunham que os pacientes com hipertensão leve ou moderada, sem lesão de órgãos-alvo, ou fatores de risco, podem ser observados por quatro a seis meses apenas com modificações do estilo de vida Este pensamento é corroborado pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), que diz que o indivíduo que apresenta baixo risco cardiovascular adicional deve permanecer em tratamento não-farmacológico isolado por até seis meses e ter o tratamento medicamentoso associado, se as metas de redução da PA propostas não tiverem sido atingidas.

Entretanto, pensamos ser lógico, que ao menor indício de complicações decorrentes do valor elevado da PA ou lesão em algum órgão, o tratamento medicamentoso deve ser instituído imediatamente pelo médico, ficando a Enfermagem responsável também pelo acompanhamento global destas modalidades de tratamento.

Ao se tentar investigar o consumo diário de sal, 14 idosos referiram seu consumo bem acima dos padrões recomendados pela literatura: 6 g de sal por dia (2,4 g/dia de sódio), correspondente a quatro colheres de café (4 g) rasas de sal adicionadas aos alimentos (DIRETRIZES, 2006). Vale salientar que, apesar da maioria dos idosos referir consumo adequado de sal, este índice é subjetivo, pois não há como ter comprovação da quantidade de sódio ingerida por eles no dia-a-dia.

A metanálise de He e MacGregor (2003) mostra que a redução da pressão arterial é tanto maior quanto maior for a diminuição no conteúdo de sal na dieta. Os autores verificaram que a redução de 3 g no consumo de sal diminui de 3,6 a 5,6 mmHg na pressão sistólica e de 1,9 a 3,2 mmHg na diastólica, em portadores de hipertensão. Com redução de 6 g e 9 g no consumo de sal, o efeito hipotensor duplica e triplica respectivamente.

Apesar de outros estudos, como o de Heimann (2004) concluírem que a diminuição do consumo de sal na população geral não produz um efeito uniforme em todos, quando se trata da redução da pressão arterial, Pereira e Krieger (2004, p. 64) lembram que a isto pode ser decorrente da sensibilidade ao sal, definida como “a diferença interindividual na resposta da pressão arterial a mudanças no consumo de cloreto de sódio”. Mesmo sem ter como saber quem é resistente ao sódio ou não, a recomendação do profissional de saúde para a redução do consumo de sal pelo idoso portador de hipertensão é sempre válida.

Para atingir este objetivo, as Diretrizes de Hipertensão Arterial (2006) recomendam reduzir a quantidade de sal adicionado aos alimentos na hora do preparo, evitar o saleiro à mesa e abolir, ou pelo menos diminuir, o consumo de alimentos industrializados, como enlatados, conservas, frios, embutidos, sopas, temperos, molhos prontos e salgadinhos.

Uma questão importante é que a redução excessiva do consumo de sal pelo hipertenso também deve ser evitada, principalmente naqueles em uso de medicamentos diuréticos, devido ao risco de hiponatremia, hipovolemia e hemoconcentração (DIRETRIZES, 2006).

Outro ponto de destaque no tratamento não-farmacológico do idoso com hipertensão refere-se ao consumo diário de gordura, onde é aconselhável a recomendação geral de uma dieta para controle da HA baseada no baixo consumo de

gordura saturada, colesterol e calorias. 79,6% dos idosos em estudo afirmaram ter esse cuidado em relação ao consumo de gorduras diariamente.

A ingestão de uma dieta com altos níveis de gordura saturada determina o teor de LDL (*Low Density Lipoproteins*) no sangue, ou seja, a quantidade do “mau” colesterol que se acumula nas paredes artérias. É exatamente o alto nível de colesterol (LDL e colesterol total) no sangue que causa quase 8% do total de óbitos no mundo. Essa alimentação hipercalórica e gordurosa gera outro grave problema: o excesso de peso, que afeta cerca de um bilhão de adultos da população mundial (OPAS, 2003a).

Gravina, Grespan e Borges (2007) além de recomendar essa baixa ingestão de gordura e calorias, recomendam que a dieta do portador de hipertensão deve ser abundante em frutas, vegetais, fibras, pouco consumo de açúcares e a utilização de produtos derivados do leite com baixo teor de gordura, o que auxilia também na redução do peso corporal. Os autores citam o estudo *INTERHEART* de 2004, realizado em 52 países, que demonstrou que a ingestão de frutas e vegetais representa um fator importante de proteção para doença coronária aguda em idosos.

Outro aspecto clínico importante a ser avaliado como medida de controle dos níveis pressóricos, refere-se à prática de atividade física pelos idosos. Autores como Gus, Fischmann e Medina (2002) alertam que exercícios, mesmo que em graus moderados, têm efeito protetor contra a doença arterial coronariana e sobre todas as causas de mortalidade, além de trazer grandes benefícios à saúde, como elevação do HDL-colesterol, redução de cifras na hipertensão arterial e auxílio na redução do peso corporal.

Entre os idosos participantes da investigação, 35,2% assumiram não praticar nenhuma atividade física, enquanto que 23 idosos praticavam atividade semanal leve e 12 deles praticavam atividades moderadas.

Apesar de não serem dados satisfatórios, a ausência de atividade física deve ter suas causas cuidadosamente investigadas. O profissional deve atentar para as condições físicas do idoso antes de orientá-lo a iniciar algum tipo de atividade.

Estudo realizado por Araújo e Bachion (2005) buscou investigar diagnósticos de enfermagem relacionados ao padrão “mover”, presentes em idosos, onde 45,3% deles apresentaram o diagnóstico “Intolerância à atividade física” e 25,3% apresentaram o diagnóstico “Risco para intolerância à atividade física”. As autoras salientam que essa

intolerância pode ser decorrente de patologias, como as das artérias coronárias, vasculares periféricas, arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca congestiva, doenças pulmonares crônicas e pneumonias, que reduzem a oxigenação dos tecidos e, por conseguinte, a tolerância à atividade.

Em relação ao tabagismo dos idosos, descobriu-se um bom dado após a análise, onde somente dois idosos relataram uso atual de cigarro. As Diretrizes de Hipertensão (2006) orientam abolir totalmente o cigarro da vida do cliente portador de hipertensão. Além do efeito constrictivo, que provoca diversas alterações hemodinâmicas agudas e potencialização do risco de desenvolvimento de cardiopatias isquêmicas (JARDIM, MONEGO e SOUSA, 2004), o cigarro duplica o risco de doença arterial coronariana, onde 30% delas são atribuídas ao número de cigarros fumados diariamente (GUS, FISCHMANN e MEDINA, 2002).

Em Fortaleza, o percentual de fumantes segundo o “Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis” entre 2002 e 2003 foi de 18,4% (23,9% para o sexo masculino e 14,2% para o feminino), revelando a maior prevalência de tabagistas entre as cidades da região Nordeste (FORTALEZA, 2005).

Analisando-se a frequência do etilismo entre os idosos, temos outro bom índice, com apenas três idosas relatando consumo atual de álcool (5,6%). Na cidade de Fortaleza, também entre o período de 2002 a 2003, foi constatado que o consumo de álcool por homens foi duas vezes maior do que entre as mulheres, sendo que a faixa etária de 25 a 49 anos foi o que apresentou o maior percentual (53,0%). A faixa de menor consumo ficou entre as pessoas acima de 50 anos (30,3%) (FORTALEZA, 2005).

Felten et al. (2005) sugerem que muitas pessoas passam a exagerar na bebida alcoólica a partir dos 60 anos, como uma resposta a fatores de estresse associados ao envelhecimento, como, perda da saúde, dor crônica, perdas emocionais, baixa auto-estima, sentimento de abandono, alteração de suas rotinas, dificuldades financeiras, entre outros.

A enfermagem deve estar atenta a essa problemática, pois além do efeito direto do álcool na ativação do sistema nervoso simpático, causando elevação na PA e das conseqüências que o idoso enfrenta por conta do seu uso, esse consumo afeta também a tomada medicamentosa, prejudicando o tratamento anti-hipertensivo.

Estudos evidenciados nas V DBHA (DIRETRIZES, 2006) mostram que pode ocorrer declínio de até 4,1 mmHg no valor da pressão sistólica e 2,6 mmHg na pressão diastólica somente com a redução no consumo de etanol.

Outra característica clínica de relevante interesse para a enfermagem é saber se o idoso se considera estressado ou não. O estresse foi definido por Lipp e Rocha (1994, p. 63) como “uma reação desencadeada por qualquer evento que confunda, amedronte ou emocione a pessoa profundamente” e ressaltavam que a forma como nos adaptamos a esses eventos é que pode ser positiva ou negativa, requerendo esforço físico e emocional do indivíduo.

O estresse emocional pode influenciar o valor da pressão arterial porque envolve mecanismos excitatórios junto à reatividade cardiovascular. Ocorre produção de adrenalina pelas glândulas supra-renais, ativando o sistema nervoso simpático (aumento da força e frequência cardíaca, vasoconstrição), além de ativação do sistema de produção de renina (LIPP e ROCHA, 1994).

No grupo envolvido neste estudo, tem-se que 38,9% idosos referiram apresentar-se envolvidos em situações estressantes constantemente, evidenciando uma inabilidade de resolução para essas situações.

Por conta dos mecanismos descritos anteriormente, vimos que condições estressantes (quer sejam físicas, sociais, financeiras, psicológicas, entre outras), acarretam em desequilíbrio psico-emocional. O papel do tratamento anti-estresse, ou seja, o uso de técnicas que visam a modificações das respostas comportamentais dos indivíduos hipertensos deve ser estimulado (DIRETRIZES, 2002).

Lipp (2007) relembra ainda que a reatividade cardiovascular do hipertenso, que ocorre diante de determinadas situações ou eventos, pode servir de alerta e ser de grande valor resultando em melhoria no autocuidado. No entanto, aumentos súbitos ou por período de tempo prolongado dos parâmetros cardiovasculares devem ser evitados ou minimizados, por meio de um trabalho multiprofissional que contemple os aspectos relacionados ao controle do estresse emocional e às características psicológicas do paciente, favorecendo o gerenciamento da PA e a manutenção de uma melhor qualidade de vida.

Neste estudo buscamos ainda investigar a prática pelos idosos do uso de fitoterápicos, fitomedicamentos ou preparados caseiros à base de plantas medicinais

como forma de tratamento da hipertensão. Apesar de haver poucos estudos afirmando a eficácia de determinadas plantas no combate aos níveis pressóricos elevados, notamos que muitas pessoas recorrem a esse tipo de tratamento. Este fato foi observado também em outros grupos de idosos pela pesquisadora (OLIVEIRA e ARAUJO, 2007; OLIVEIRA e ARAUJO, 2002a).

O uso desse tipo de terapia alternativa foi observado em 51,9% dos idosos pesquisados. Quase a totalidade deles fazia uso da infusão de colônia (*Alpinia speciosa* Schum), planta comprovadamente válida neste caso (MATOS, 2002). Muitos dos outros idosos pesquisados referiram fazer uso de preparados caseiros, mas não no controle da HA.

Entretanto, os profissionais de enfermagem devem ficar atentos a este uso, já que são comuns os conceitos equivocados a respeito de sua segurança e finalidade. Katzung (2006) reforça dizendo que o fato de uma substância ser designada “natural” não quer dizer que ela seja isenta de riscos.

Rozenfeld e Valente (2004) reforçam a importância desses esclarecimentos, alertando que muitas vezes, os consumidores de fitomedicamentos, produtos homeopáticos ou produtos para o tratamento de quadros leves, não os consideram como medicamentos, aumentando o risco de surgimento de alguma consequência mais grave.

Como visto até o momento, o tratamento não-farmacológico adotado pelos idosos em questão é de suma importância no resultado final do seu estado geral de saúde. O conhecimento prévio dessas informações pode proporcionar ferramentas poderosas para que o enfermeiro atue diretamente nos pontos críticos, auxiliando o idoso na adoção dessas práticas saudáveis.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2003) estima que 3,9 milhões de pessoas no mundo morrem anualmente devido à hipertensão e outras cardiopatias, sendo que cerca de 80% dos casos de doença coronariana e 75% de outras doenças cardiovasculares poderiam ser evitados mediante a mudança nos hábitos alimentares, aumento da atividade física, abandono do tabagismo, controle da hipertensão e dos níveis de colesterol sanguíneo.

Gravina, Grespan e Borges (2007) também ressaltam que as mudanças no estilo de vida, envolvidas no tratamento não-medicamentoso do indivíduo com hipertensão devem ser prescritas e encorajadas por todos os profissionais da saúde a todos os

idosos, independentemente dos níveis tensionais, já que essas ações comprovadamente podem prevenir ou retardar a instalação de hipertensão em idosos com valores limítrofes e reduzir os valores já elevados em idosos hipertensos.

Esta não é uma tarefa fácil, pois exige mudanças comportamentais de hábitos culturais adquiridos ao longo de muitos anos de vida. Daí a importância das ações de enfermagem contínuas junto aos idosos portadores de hipertensão.

6.5 Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico para hipertensão deve ser instituído àqueles indivíduos que, mesmo com as modificações realizadas nos hábitos de vida, não estão conseguindo manter os níveis pressóricos em valores adequados, sendo que a prescrição dos medicamentos, assim como o diagnóstico de hipertensão é de responsabilidade médica. Entretanto, a atuação do enfermeiro é incisiva nas orientações sobre indicações, contra-indicações, efeitos colaterais, regularidade na ingestão, indagações sobre queixas e esclarecimento de possíveis dúvidas nesta modalidade de tratamento.

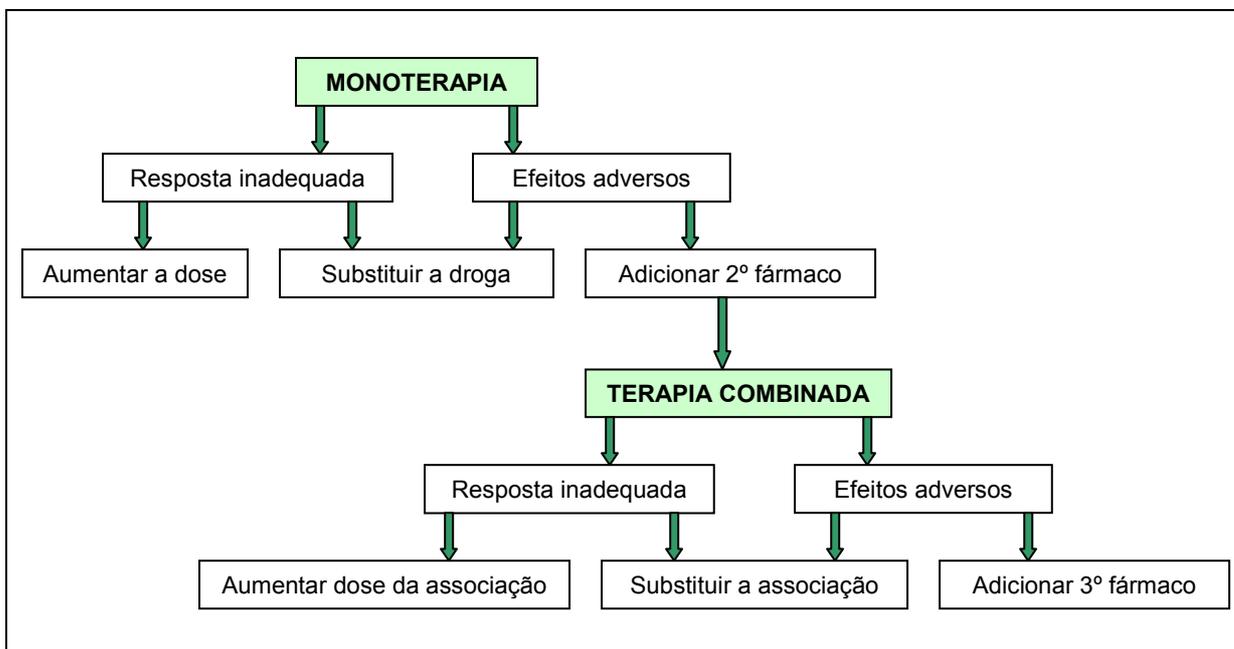
Blanski e Lenardt (2005) orientam que o enfermeiro precisa desenvolver estratégias de ajuda aos pacientes com dificuldades em estabelecer um sistema ordenado e seguro de tomar o remédio corretamente e na dose adequada, para que esses usuários possam realizar seu tratamento medicamentoso com eficiência, qualidade e segurança.

As Diretrizes de Hipertensão (2006) recomendam o início do tratamento farmacológico sempre que a pressão sistólica for ≥ 160 mmHg e/ou a pressão diastólica for ≥ 100 mmHg, ou então, após seis meses de tratamento não medicamentoso, se o indivíduo continuar apresentando valores de PAS entre 140 e 150 mmHg e/ou PAD acima de 90 mmHg.

No grupo de idosos, viu-se que a metade deles encontra-se em tratamento com apenas uma droga anti-hipertensiva; os outros 27 idosos encontravam-se em terapia combinada, sendo que 21 utilizavam duas drogas, três idosos faziam uso de três drogas diferentes e outros três deles estavam sob tratamento anti-hipertensivo com uma combinação de quatro medicamentos.

A seguir, têm-se as atuais recomendações para o tratamento farmacológico:

Figura 2: Fluxograma para o tratamento da hipertensão. Fortaleza, 2007.



Fonte: DIRETRIZES (2006)

As V DBHA (DIRETRIZES, 2006) recomendam o tratamento monoterápico para hipertensos no estágio I com os diuréticos, betabloqueadores, inibidores da ECA, bloqueadores dos canais de cálcio e bloqueadores do receptor AT₁ como drogas de escolha inicial. Quatro drogas anti-hipertensivas diferentes estavam sendo utilizadas pelos idosos em monoterapia: Anlodipino (um idoso), captopril (19 idosos), hidroclorotiazida (seis idosos) e verapamil (um idoso).

Já em relação às doses, as Diretrizes (2006) recomendam que a dose máxima diária do anlodipino seja de 10mg (ou dois comprimidos de 5mg), a do captopril deve ser de 150mg (seis comprimidos de 25mg), a hidroclorotiazida deve ser de 25mg (um comprimido de 25mg) e a dose do verapamil deve ser de no máximo 480mg por dia (seis comprimidos de 80mg).

Entre os idosos, foi encontrado que um deles tomava uma dose diária de 50mg de hidroclorotiazida, ou seja, dose acima da recomendada. Coelho e Nobre (2004) ressaltam que doses elevadas de diuréticos tiazídicos, como a hidroclorotiazida, podem induzir alterações metabólicas, especialmente o aumento da glicose sanguínea. Por ser a hidroclorotiazida um dos medicamentos mais receitados na atualidade para o controle da

hipertensão na rede básica de saúde, este fato deve ser levado em consideração pelos profissionais.

O captopril também se encontra entre os medicamentos mais prescritos para hipertensão, além de ser utilizados em indicações específicas, no benefício de pacientes com insuficiência cardíaca em crise hipertensiva, além de restaurar a capacidade de auto-regulação do fluxo cerebral em níveis tensionais mais baixos, beneficiando particularmente pacientes portadores de acidente vascular encefálico (AVE) em risco de isquemia cerebral. O captopril é considerado também a droga de uso não-parenteral mais segura para uso nas urgências hipertensivas (SANTELLO e PRAXEDES, 2003).

As Diretrizes em Cardiogeriatrics (2002) somente aconselham a não utilização dos anti-hipertensivos vasodilatadores de ação direta para o controle da pressão arterial em monoterapia inicial, devido aos seus potenciais efeitos de taquicardia reflexa e retenção de sódio e água. Caso haja necessidade de seu uso, devem, preferencialmente, ser associados com diuréticos e/ou betabloqueadores.

Já a Sociedade de Cardiologia do Rio de Janeiro ressalta algumas drogas que não devem ser instituídas ao idoso com hipertensão arterial, como doses elevadas de diurético, que pode gerar incontinência urinária, hipopotassemia e desidratação e drogas de ação central, pelo risco de depressão, pelo potencial de exacerbação de alterações posturais da PA e alteração cognitiva (SOCERJ, 2004).

Caso a resposta ao esquema monoterápico não tenha sido suficiente para se atingir os níveis pressóricos estipulados, inicia-se então a terapia combinada, onde um segundo fármaco, de classe, mecanismo de ação e padrão de toxicidade distintos deve ser instituído ao tratamento (KATZUNG, 2006).

É evidente que a monoterapia deve ser o procedimento de escolha inicial, mas se o idoso encontrar-se nos estágios II ou III (hipertensão moderada ou grave) a terapia de drogas combinadas desponta como tendência terapêutica de primeira escolha (DIRETRIZES, 2006).

Ao se comparar os esquemas de duas drogas anti-hipertensivas que os idosos estão utilizando com os recomendados pelas Diretrizes de Hipertensão (2006), temos:

Tabela 3: Freqüência absoluta (f) de idosos em esquemas de associação de dois fármacos recomendados pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006). Fortaleza, 2007.

Esquemas DBHA	f
Diurético + Diurético	-
Droga de ação central + Diurético	1
Betabloqueador + Diurético	3
Bloqueador do receptor AT ₁ + Diurético	-
Inibidor da ECA + Diurético	11
Bloqueador dos canais de cálcio + Betabloqueador	-
Bloqueador dos canais de cálcio + Inibidor da ECA	-
Bloqueador dos canais de cálcio + Bloqueador do receptor AT ₁	1
TOTAL	16

Dos 21 idosos em tratamento com associação de duas drogas, encontramos a utilização de 16 esquemas conforme as DBHA e quatro outros esquemas descritos a seguir:

- Bloqueador dos canais de cálcio + Diurético: Um idoso
- Betabloqueador + Inibidor da ECA: Dois idosos
- Betabloqueador + Droga de ação central: Um idoso
- Bloqueador do receptor AT₁ + Droga de ação central: Um idoso

Já a tabela a seguir reflete os esquemas com três e quatro drogas adotados pelos idosos:

Tabela 4: Freqüência absoluta (f) de idosos em esquemas de associação de três ou quatro fármacos. Fortaleza, 2007.

Esquemas adotados	f
Diurético tiazídico + Diurético de alça + Betabloqueador	1
Diurético + Betabloqueador + Droga de ação central	1
Diurético + Betabloqueador + 1 Inibidor da ECA	1
Diurético + Betabloqueador + 2 Inibidores da ECA	1
Diurético de alça + Diurético poupador de potássio + Inibidor da ECA + Droga de ação central	1
Diurético + Inibidor da ECA + Bloqueador do receptor AT ₁ + Bloqueador dos canais de cálcio	1
TOTAL	6

Katzung (2006) justifica o uso de dois ou mais tipos de drogas no tratamento farmacológico anti-hipertensivo, desde que cada uma delas atue sobre diferentes mecanismos regulatórios da PA. Estas drogas devem, ainda, interagir e ser mutuamente compensatórias.

Corroborando com este pensamento, Coelho e Nobre (2004) propõem que o tratamento medicamentoso deve obedecer aos seguintes princípios: Ser iniciado com monoterapia, onde a adoção da associação de fármacos deve ocorrer principalmente para hipertensos nos estágios II e III; O tempo ideal de ação de cada droga para ajustes/mudanças da terapêutica deve ser respeitado; Observar o aparecimento de reações adversas e verificar se são dose-dependentes; Instituir a associação de medicamentos em baixas doses; Deixar claro para o portador de hipertensão que o tratamento será para sempre; Buscar sempre o controle adequado da PA nos indivíduos que estão em tratamento; Evidenciar sempre a importância das modificações de estilo de vida e sua manutenção.

Reduzindo-se a necessidade de tratamento medicamentoso com múltiplas drogas, na tentativa de reduzir o número de efeitos adversos e de interação dos medicamentos, visando melhoria na adesão e eficácia terapêutica, os profissionais devem estimular o idoso a ser co-responsável em seu tratamento, proporcionando as mudanças comportamentais.

6.6 Reações adversas a medicamentos anti-hipertensivos

Conforme dito anteriormente, reação adversa a medicamento (RAM) é qualquer evento que seja prejudicial e não intencional que ocorreu durante o uso de um medicamento, utilizado com finalidade terapêutica, profilática, diagnóstica ou para tratamento de doenças, em doses normalmente recomendadas (PFAFFENBACH, CARVALHO e BERGSTEN-MENDES, 2002).

Com a oferta de novas classes de medicamentos no mercado, aumenta a possibilidade de prevenção, tratamento e cura de doenças. No entanto, convive-se com o risco iminente de reações adversas inesperadas, que podem acarretar graves problemas à saúde se não identificadas precocemente.

Bezerra, Ribeiro e Fernandes (2002) pontuam que o cuidado de enfermagem ao indivíduo em tratamento medicamentoso não se restringe apenas à simples

administração dos remédios, mas envolve também a observação por parte do enfermeiro e sua equipe das reações da medicação, sejam elas imediatas ou tardias. Para tanto se torna imprescindível a comunicação da equipe de saúde entre si e da equipe com o idoso, para que seja possível fazer o acompanhamento adequado da eficácia da terapia e suas conseqüências neste indivíduo.

Em se tratando da população idosa, esse cuidado deve ser ainda mais meticuloso, pois esta é uma população que normalmente faz uso de mais de um medicamento e, as reações adversas aos anti-hipertensivos podem trazer prejuízo à adesão terapêutica.

Loyola Filho et al. (2005) confirmam esta afirmação, relatando que o aumento do déficit cognitivo e visual pode dificultar o reconhecimento do medicamento e um adequado cumprimento da prescrição terapêutica por parte do idoso, exacerbado pela presença de doenças concomitantes e pelo consumo simultâneo de um maior número de fármacos, o que aumenta a probabilidade de ocorrência tanto de reações adversas, como de interações medicamentosas. Katzung (2006) pontua que a incidência global das reações adversas em idosos é estimada em pelo menos o dobro da observada em adultos e jovens e, que essa ocorrência pode ser determinada também por erros de prescrição médica e erros de utilização das drogas pelos indivíduos.

Dos 54 idosos em questão, vimos que apenas 35,2% deles referiram não sentir nenhuma reação adversa aos medicamentos anti-hipertensivos em uso. As reações mais citadas foram a poliúria (citada por 11 idosos), a ocorrência de tosse seca (10 idosos), a sensação de ressecamento da boca (relatada por nove idosos) e a presença de tontura, vertigem, hipotensão ortostática e/ou sonolência (seis idosos).

As Diretrizes do Grupo de Estudos em Cardiogeriatría (2002) ressaltam ser importante a verificação da pressão arterial do idoso também em posição supina. Sua predisposição em apresentar hipotensão ortostática e episódios de tontura e vertigem, principalmente pelo uso de diuréticos, vasodilatadores e betabloqueadores, associado ainda ao uso de tranqüilizantes e antidepressivos, torna-o mais vulnerável a quedas e conseqüentes fraturas ósseas e/ou hematomas subdurais por trauma de crânio.

O quadro 17 mostra as principais reações que os medicamentos anti-hipertensivos citados pelos idosos provocam:

Quadro 14: Reações adversas por medicamento citado pelos idosos. 2007.

Medicamentos	Reações
ANLODIPINO (bloqueador dos canais de cálcio)	Cãibras; Cefaléia; <i>Coceira</i> ; Dor na barriga; Fadiga; Falta de ar; Fraqueza; Hiperplasia gengival; Inchaço nas pernas ou pés; Má digestão; Náusea; Palpitações; <i>Sonolência</i> ; <i>Tontura</i> ; Vermelhidão na face e pele
ATENOLOL (betabloqueador seletivo B ₁)	<i>Alteração no paladar</i> ; Alucinação; Ansiedade; Bradicardia; Broncoespasmo; <i>Cansaço</i> ; <i>Coceira</i> ; Confusão mental; Congestão nasal; <i>Constipação</i> ; Depressão; <i>Desconforto gastrointestinal</i> ; Diarréia; Disfunção sexual; Dor nas costas, articulações e no peito; <i>Hipotensão ortostática</i> ; ICC; <i>Insônia</i> ; Mãos e pés frios; Náusea; Olhos secos; Pesadelos
CAPTOPRIL (inibidor da ECA)	Aumento das mamas; Broncoespasmo; <i>Coceira</i> ; Confusão; Depressão; Diarréia; <i>Dificuldade para engolir ou respirar</i> ; Dispepsia; Dor articular, de cabeça, muscular e no peito; Edemas; Erupções na pele; Fadiga; Febre; Fraqueza; <i>Hipotensão ortostática</i> ; Icterícia; Impotência sexual; Miastenia; Náusea; Nervosismo; Oligúria; Palidez; Parada cardíaca; Perda do paladar; <i>Poliúria</i> ; Reações de fotossensibilidade; <i>Rouquidão</i> ; Rubor; Síncope; <i>Sonolência</i> ; Taquicardia e/ou palpitação; <i>Tosse seca e persistente</i> ; Visão turva
CARVEDILOL (betabloqueador seletivo)	não Alergia; <i>Aumento de peso</i> ; Bradicardia; Cefaléia; Depressão mental; Desmaio; Desorientação ou desmaio; Diarréia; Diminuição de lágrimas; Dispneia; Dor muscular, na barriga, articulações e no peito; Faringite; Febre; Hematúria; <i>Hipotensão ortostática</i> ; Inchaço generalizado; <i>Insônia</i> ; Náusea; Parestesia; Problemas no fígado; Rinite; Sangramento ou hematoma; Suores; <i>Tontura</i> ; Visão turva; Vômitos
ENALAPRIL (inibidor da ECA)	Cãibras; <i>Cansaço</i> ; Cefaléia; <i>Coceira</i> ; Desmaio; Diarréia; <i>Dificuldade de respirar ou engolir</i> ; Dor nas articulações; Dor no peito; Erupções cutâneas; Febre; Fraqueza; <i>Hipotensão ortostática</i> ; Icterícia; Inchaço da face, lábios, língua e/ou garganta; Inchaço das mãos, pés ou tornozelos; Náuseas; Perda do paladar; Sensibilidade na barriga; <i>Tontura</i> ; <i>Tosse seca</i>
ESPIRONOLACTONA (diurético poupador de potássio)	Aumento das mamas no homem; <i>Cansaço</i> ; Cefaléia; <i>Coceira</i> ; <i>Desconforto gastrointestinal</i> ; Confusão mental; Diarréia; Erupções na pele; Febre; Impotência; Menstruação irregular; Náusea; Perturbação dos movimentos; <i>Sonolência</i> ; Vômitos
FUROSEMIDA (diurético de alça)	Alteração visuais e na audição; Aumento da glicose; Aumento nos níveis de colesterol, triglicérides, creatinina, uréia, ácido úrico; <i>Boca seca</i> ; Cãibras; Choque; <i>Coceira</i> ; Concentração do sangue; Confusão mental; Dermatite; Desidratação; Diarréia; Dificuldade de concentração; Distúrbios do ritmo cardíaco; Dor abdominal; Dor de cabeça; Dores musculares; Erupções bolhosas; Faringite; Febre; Fotossensibilidade; Fraqueza muscular; Hematomas; <i>Hipotensão ortostática</i> ; Icterícia na pele ou olhos; Intolerância ortostática (incapacidade de ficar em pé); Palpitação; Parestesia; Perda do apetite; Polidipsia; <i>Poliúria</i> ; Sangramentos; <i>Sonolência</i> ; <i>Tonturas</i> ; Vômitos
HIDROCLOROTIAZIDA (diurético tiazídico)	Alterações no sangue; Aumento da glicose no sangue ou urina; Aumento do ácido úrico; Cefaléia; Contração muscular; <i>Desconforto gastrointestinal</i> ; Erupções na pele; Falta de apetite; <i>Formigamentos</i> ; Fraqueza; Gota; Icterícia; Náuseas; Pancreatite; <i>Poliúria</i> ; Redução do potássio no sangue; Urticária; Vômitos
LISINOPRIL (inibidor da ECA)	<i>Coceira</i> ; Diarréia; Dor de cabeça e nas articulações; Erupções; Fadiga; Febre; <i>Hipotensão ortostática</i> ; Icterícia; Insuficiência renal reversível; Náusea; Perda do paladar; Proteinúria; <i>Tontura</i> ; <i>Tosse seca persistente</i>
LOSARTAN (bloqueador do receptor AT ₁)	Cãibras; Congestão nasal; Diarréia; Dor de cabeça; Dor nas costas e pernas; Erupções cutâneas; Fadiga; <i>Hipotensão ortostática</i> ; <i>Insônia</i> ; Sintomas de resfriado; <i>Tontura</i> ; <i>Tosse seca</i>
METILDOPA (anti-adrenérgico de ação central)	<i>Adormecimento, dor ou formigamento das mãos ou pés</i> ; Ansiedade; Aumento das mamas; <i>Boca seca</i> ; Bradicardia; Depressão; Diarréia; Dor de cabeça; Edema dos pés ou pernas; Febre; Fraqueza; <i>Hipotensão</i>

		<i>ortostática</i> ; Icterícia; Impotência sexual; Náusea; Produção de leite; Reações como lúpus; Sedação leve; <i>Sonolência</i> ; <i>Vertigem</i> ; Vômitos
PROPRANOLOL (betabloqueador seletivo)	não	<i>Alteração no paladar</i> ; <i>Alteração no sono</i> ; Alucinações; Ansiedade; Bradicardia; Broncoespasmos; <i>Coceira</i> ; Confusão mental; Congestão nasal; <i>Constipação</i> ; Depressão; <i>Desconforto gastrointestinal</i> ; Diarréia; Dor nas articulações; Dor no peito; Erupções na pele; Faringite; <i>Formigamento nas mãos</i> ; Fraqueza e/ou cansaço; Impotência; Insônia; Mãos ou pés frios; Náuseas; Olhos secos; Pesadelos; Síndrome de abstinência; Vermelhidão da pele; Vômito
VERAPAMIL (bloqueador dos canais de cálcio)		Angina; Aumento do tamanho das mamas; Bradicardia; Cansaço; <i>Coceira</i> ; <i>Constipação</i> ; <i>Desconforto gastrintestinal</i> ; Dor de cabeça, nos músculos ou articulações; <i>Dormências, formigamentos</i> ; Fraqueza muscular; Hiperplasia gengival; <i>Hipotensão ortostática</i> ; Impotência; Inchaço no corpo; Náusea; Saída de leite pela mama; <i>Sonolência</i> ; Taquicardia e/ou palpitações; <i>Tontura e/ou vertigem</i> ; Vermelhidão ou sensação de calor no rosto; Vômito

Fonte: ASPERHEIM (2004); BPR (2006); DIRETRIZES (2006); KATZUNG (2006)

As reações destacadas no quadro acima foram as reações citadas pelos idosos em estudo. Nota-se que pelo menos de três a sete reações adversas diferentes podem ser causadas por cada droga. O enfermeiro deve estar ciente desses acontecimentos e procurar informar o idoso em tratamento com fármacos anti-hipertensivos quais são as possíveis reações, na tentativa de orientá-lo sobre o seu manejo, minimizando o risco de abandono ou interrupção da terapêutica instituída.

6.7 Risco coronariano

Stuchi e Carvalho (2003) pontuam a doença coronariana, insuficiência coronária ou coronariopatia como

um desequilíbrio entre a oferta de oxigênio e as necessidades do coração em relação a esse elemento, para desempenhar suas funções adequadamente. Uma das primeiras manifestações desse desequilíbrio é a dor, em resposta à falta de suprimento/sangue no músculo cardíaco.

As doenças coronarianas, segundo Gus, Fischmann e Medina (2002) são responsáveis, por cerca de 300.000 óbitos por ano no Brasil. Por si só, a idade tem sido mostrada como um fator independente para a doença coronariana, mas especificamente no idoso, este risco tende a ser maior, devido à concomitância de doenças, principalmente a hipertensão, o diabetes e as dislipidemias.

A doença coronariana é, ainda, a causa de cerca de 60% dos infartos ocorridos em indivíduos com mais de 65 anos, sendo que os sintomas de isquemias miocárdicas nos idosos podem passar despercebidos, serem atribuídos a outras doenças ou simplesmente atribuídos ao processo de senescência, o que aumenta o risco do idoso desenvolver maiores complicações cardiovasculares (FREITAS, MOHALLEN e GAMARSKI, 2004).

Alguns principais fatores de risco para doença arterial coronariana são conhecidos e comprovados, como hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, dislipidemias, obesidade, sedentarismo, diabetes *mellitus* e antecedentes familiares. É necessário conhecer a prevalência desses fatores de risco, isolados ou combinados, visando sua redução e os danos por eles causados à saúde do indivíduo.

Em 1979, a *American Heart Association* – AHA (Associação Americana de Cardiologia), elaborou e divulgou a “Tabela de Risco Coronariano”, que avalia o indivíduo segundo tabagismo, idade/sexo, peso corpóreo, prática de atividade física, antecedente familiar, pressão arterial sistólica, glicemia e colesterol, identificando um risco potencial, moderado, alto, uma faixa de perigo, perigo máximo, ou, ainda, a ausência do risco coronariano (SBC, 2007). Por ser uma tabela de fácil utilização, se mostra útil para a população leiga, na tentativa de estratificar o risco de desenvolvimento de doença coronariana ao qual estão submetidos, disseminando, dessa forma, a importância de atitudes preventivas.

Aplicando a tabela na população de idosos em tratamento anti-hipertensivo, encontramos quase a totalidade deles em risco de desenvolvimento de doenças coronarianas (41% em risco potencial e 55% em risco moderado).

Isto pode ser explicado devido a alguns parâmetros avaliados na própria tabela, tais como:

- Idade/sexo: No sexo feminino, a pontuação variava de 2 (mulheres de 51 anos ou mais, sem outros agravantes) a 6 pontos (mulher diabética, independente da idade); Para o sexo masculino, a pontuação já iniciava em 5 (homem até 60 anos), sendo que a maioria, ganhou logo a pontuação máxima de 6 (maior de 60 anos), o que já deixava o idoso perto da faixa de risco potencial.
- Atividade física: Os idosos também já ganhavam uma boa parcela de pontos neste quesito; no mínimo 2 pontos eram inicialmente aplicados aos idosos (atividade

profissional e esportiva leve). Como referido anteriormente, 19 idosos declararam-se inativos fisicamente, ganhando assim, 6 pontos.

Entretanto, isto não pode ser usado como desculpa para o não controle dos outros fatores de risco avaliados, já que de todos eles, somente os antecedentes familiares e a idade não podem ser modificados. Neste aspecto, o papel da enfermagem é fundamental, reforçando a importância dos hábitos de vida saudáveis, estimulando o idoso a aderir ao tratamento não medicamentoso, com vistas à reduzir seus valores pressóricos e seu risco coronariano.

Barreto et al. (2003) ao realizarem trabalho sobre o risco de desenvolvimento de doença arterial coronariana, encontraram três fatores que contribuíram mais decisivamente para tal: tabagismo, colesterol total e pressão arterial elevados, sendo que a coexistência desses fatores de risco representa aumento importante do risco.

6.8 Adesão terapêutica

Béria (2004) define a adesão terapêutica como o grau de seguimento das recomendações dos profissionais de saúde, ou seja, envolve as atitudes e comportamentos do portador de hipertensão em relação às medidas prescritas.

O grau de adesão ou não-adesão dos idosos deste estudo foi calculado por meio da escala de avaliação da adesão terapêutica proposto por Moreira (2003), que abrange aspectos não-farmacológicos e farmacológicos do tratamento da hipertensão, sendo que dos 54 em questão, apenas 14 idosos apresentaram adesão ideal.

Nos casos onde os idosos relataram não cumprir as recomendações terapêuticas, quer por referir tais atitudes como sem importância ou por desconhecimento, além dos casos onde o idoso mostra sua não-adesão, mas refere vontade de modificar seus hábitos, o papel de educador e conselheiro do enfermeiro deve prevalecer.

Pierin, Strelec e Mion Júnior (2004) catalogam alguns grupos de fatores que podem interferir na adesão ao tratamento anti-hipertensivo, descritos a seguir:

Quadro 15: Fatores intervenientes na adesão terapêutica. Fortaleza, 2007.

Pacientes	Sexo Idade Raça Estado civil Escolaridade Nível sócio-econômico
Aspectos psico-sociais	Auto-eficácia Auto-motivação Auto-estima Personalidade Ansiedade/Depressão Suporte social e familiar Percepção dos benefícios do tratamento
Doença hipertensiva	Cronicidade Ausência de sintomas Conseqüências tardias
Crenças e cultura	Percepção da seriedade da doença Desconhecimento Experiência com a doença Contexto familiar Percepção do conceito saúde/doença
Tratamento	Custo Efeitos adversos Esquemas terapêuticos complexos Qualidade de vida Seleção inadequada de drogas
Serviço de saúde	Políticas de saúde Acesso ao serviço Tempo de espera/atendimento
Relacionamento	Envolvimento/empatia Relacionamento inadequado
Doenças associadas	Insuficiência renal Obesidade

Fonte: PIERIN, STRELEC e MION JÚNIOR (2004)

Reiners (2005) compartilha do pensamento dos autores acima, onde a equipe de saúde pode ser apontada como um dos fatores responsáveis pelos baixos índices de adesão ainda existentes, por não conseguir estabelecer vínculos e relações efetivas com os pacientes. O profissional envolvido deve lembrar que por si só, as exigências do regime terapêutico, como ingestão dos medicamentos e alterações alimentares, já representam grandes modificações nos hábitos diários do idoso hipertenso e de sua família, que passa a ter sua dinâmica afetada, áreas chave para a implementação de dinâmicas educativas.

A educação das pessoas com doenças crônicas objetiva influenciar o comportamento do paciente para obtenção de mudanças e sua manutenção, sendo um processo de amadurecimento e desenvolvimento que conduz as pessoas à ampliação de

suas percepções. O desenvolvimento da hipertensão sofre forte influência de fatores ambientais e de comportamento e para atingir as metas propostas, os profissionais devem estimular o compromisso do paciente com seu próprio tratamento, sem utilizar-se de coerção ou intimidação (SOUSA, 2004).

Pelo fato da hipertensão arterial ser multicausal, multifatorial, assintomática na maioria das vezes, e por envolver orientações voltadas para vários objetivos, o sucesso na execução dessas metas é bastante limitado quando decorre da ação de um único profissional (DIRETRIZES, 2002).

Além da recomendação da abordagem multiprofissional, a Sociedade de Cardiologia do Rio de Janeiro (SOCERJ, 2004) pontua que na busca pelo aumento das taxas de adesão ao tratamento, outra importante ferramenta é o envolvimento da família do indivíduo, principalmente na adoção das medidas de tratamento não farmacológicas, não só para ampliar as chances de sucesso dos resultados, mas pelo potencial preventivo dessas ações no desenvolvimento de complicações decorrentes da hipertensão.

Béria (2004) recomenda estratégias que visam melhorar os índices de adesão: melhorar a comunicação com os portadores de hipertensão (comprovar sistematicamente a compreensão das informações pelo cliente); utilizar material escrito, para reforçar a lembrança; para clientes analfabetos, a equipe deve procurar instituir métodos compatíveis com a cultura local (por meio de desenhos, símbolos); a equipe deve transmitir conceitos e instruções semelhantes entre si para não confundir o cliente; simplificação e personalização do esquema terapêutico; orientar a família a supervisionar o tratamento medicamentoso; identificar as causas de fundo da não-adesão voluntária; buscar o estreitamento das relações e o envolvimento do paciente no seu autocuidado.

Moreira (2003) reforça a adoção dessas estratégias, especialmente a melhoria do envolvimento pessoal, interpessoal e social entre cliente e profissional. O desenvolvimento e implementação de tecnologias leves, como a tecnologia de cuidado interacionista desenvolvida pela autora, propicia o planejamento e a implementação de ações de saúde mais próximas das percepções do indivíduo, facilita a eficácia das ações e influencia positivamente no aumento da adesão ao tratamento da hipertensão.

A enfermagem deve orientar o idoso a não modificar aleatoriamente o tratamento instituído, mostrando as conseqüências como, o surgimento de outras doenças pela não ingestão de um remédio, pela ingestão de doses erradas ou pela não

aceitação de alguma modificação de hábitos, além da chance de mudança no tratamento pela crença do profissional que o remédio ou a ação terapêutica prescrita não está funcionando. Mais uma vez a comunicação da equipe com o portador de hipertensão torna-se instrumento eficaz, influenciando o idoso a discutir a situação com os profissionais na busca de alternativas viáveis para todos.

6.9 Associação entre as variáveis

A seguir, tem-se a análise das variáveis que apresentaram alguma associação estatística significativa entre si:

- Sexo x Risco coronariano: Foi verificado que o sexo masculino exercia forte influência nos valores do risco coronariano. Apesar de já ter comentado este fato anteriormente (a pontuação dos homens já iniciava em 5) achamos por bem levantar outra questão: porque a tabela de risco coronariano da AHA passou a pontuar o sexo masculino dessa forma? Em levantamento bibliográfico, nota-se que nos homens a estimativa das taxas de hipertensão costuma ser maior naqueles entre 40 e 50 anos (DIRETRIZES, 2006). Quando o indivíduo chega aos 60 anos, caso não tenha adotado nenhuma medida de controle da PA, possivelmente vai apresentar alguma complicação cardiovascular decorrente da doença. Isto ocorre pelo progressivo acúmulo das placas de ateroma, menor eficiência dos mecanismos reguladores da PA e maior frequência de insuficiência vascular cerebral (DIRETRIZES, 2002).
- Atividade física x Adesão: Por conta de 35% dos idosos assumirem que são sedentários, ou seja, não praticam nenhuma atividade física atualmente, obteve-se uma forte associação deste item com o cálculo do seguimento terapêutico, pois todos esses idosos deixavam de ganhar pontuação, trazendo para baixo o escore total (aproximação da não-adesão). Entretanto, se considerado o padrão de sedentarismo identificado por Monteiro et al. entre 1996 e 1997 nas regiões Nordeste e Sudeste, mostrado na metanálise de Bloch, Rodrigues e Fiszman (2006), onde os autores encontraram uma prevalência de 80% de sedentarismo, avaliando a atividade física dos indivíduos nas suas horas de lazer, identificamos um padrão razoável de pessoas que não praticam atividade física, principalmente considerando que nossos indivíduos são idosos, muitas vezes apresentando restrições pelo próprio processo de envelhecimento.

- Adesão x Risco coronariano: A associação entre o risco coronariano e a adesão terapêutica pode se dar por conta das características semelhantes no momento da avaliação de cada variável (por exemplo, o sexo, a idade, hábitos de vida e valores tensionais). Isso significa que quanto menor a adesão à terapêutica medicamentosa e de modificação do estilo de vida, provavelmente haverá um maior risco de desenvolvimento de doenças coronarianas pelo idoso. Blanski e Lenardt (2005) referem que os maiores motivos de interferência na adesão ao tratamento medicamentoso são o uso de várias medicações concomitantemente, em mais de 30% dos idosos, seguido da presença de efeitos colaterais intensos, em mais de 20% dos idosos. Se o idoso interrompe, modifica por conta própria ou cancela seu tratamento anti-hipertensivo por conta destes ou outros fatores, reduzindo sua adesão, com certeza seu risco coronariano aumentará.

- PAS x Risco coronariano e PAS/PAD x Adesão: De acordo com tudo o que já foi explanado até o momento, tem-se a certeza de que os valores tensionais de um indivíduo, se não controlados por meio da tomada de algumas medidas, são um dos principais contribuintes para o surgimento de várias outras doenças lesivas do coração, cérebro, rins, olhos e outros órgãos. Por conta disso, quanto mais altos estiverem esses valores, mais eles terão influência no valor do cálculo do risco coronariano e na adesão terapêutica.

Por ser uma ferramenta antiga, a tabela de avaliação do risco coronariano da *American Heart Association* leva em consideração somente o valor da pressão sistólica para seu cálculo. Apesar de Liberman (2007) ressaltar que a hipertensão sistólica possui alta prevalência entre os idosos e está fortemente associada a eventos cardiovasculares, cremos que para uma avaliação mais completa do idoso, deve-se levar em consideração os dois valores da PA (sistólica e diastólica).

O conhecimento detalhado sobre cada fator de risco, suas associações e importância pode propiciar a criação de estratégias visando interferir diretamente nesses fatores. Lélis Filho (2006) aponta que são essas medidas que têm começado a tornar possível a redução da incidência das doenças do coração.

Capítulo 7



Reflexões

“Torna-te velho cedo, se quiseres ser velho por muito tempo”.
Cícero (106-43 a.C.)

7 Cuidado de Enfermagem ao idoso em tratamento anti-hipertensivo: algumas reflexões

A demografia populacional do Brasil aponta que o processo de envelhecimento está ocorrendo mais rapidamente aqui do que em muitos outros países, possuindo características únicas. Essas características aliadas ao contexto sócio-econômico instável para os idosos geram condições que fazem o envelhecimento, muitas vezes, ser um processo complicado.

Entre essas complicações, tem-se a prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis, principalmente o elevado número de casos de hipertensão arterial entre a população idosa. Esta doença ocorre de forma progressiva, geralmente assintomática e sem causa definida, o que gera uma demanda crescente de atendimentos individualizados e personalizados.

Boundy et al. (2004) advertem que, a hipertensão é causa importante de acidentes vasculares encefálicos (AVE), complicações cardíacas (doença coronariana, angina, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias e morte súbita), complicações neurológicas (infartos cerebrais e encefalopatia hipertensiva), complicações oculares (retinopatia hipertensiva) e complicações renais (insuficiência renal), devendo-se ter atenção redobrada nos cuidados aos clientes com hipertensão, principalmente se estes forem idosos.

No idoso há dois aspectos importantes a serem verificados para a detecção da hipertensão: maior frequência de hiato auscultatório, que pode subestimar a verdadeira pressão sistólica ou superestimar a pressão diastólica, além da presença de uma pseudo-hipertensão, caracterizada por nível de pressão arterial falsamente elevado em decorrência do enrijecimento da parede da artéria (DIRETRIZES, 2006). Dados como esses devem ser bem avaliados para evitar erros diagnósticos (falsos-positivos ou falsos-negativos) pela equipe de saúde.

A partir do exposto, percebe-se a necessidade e a urgência de um tratamento preciso a partir do momento em que a hipertensão é detectada. Deve-se considerar que o fato de o cliente ser rotulado como portador de hipertensão arterial pode vir acompanhado de ansiedade e dúvidas.

Ao se trabalhar com idosos, o enfermeiro precisa inicialmente conhecer as peculiaridades dessa parcela da população que necessita de um olhar diferenciado para a promoção de uma assistência de enfermagem de qualidade, livre de riscos, desenvolvendo ações de saúde junto aos mesmos, visando manter sua independência e autonomia. O conhecimento prévio dos padrões, hábitos, culturas e comportamentos de uma pessoa são extremamente importantes para o profissional desenvolver o processo de cuidar de forma eficaz, pois há o aumento de chances do idoso e sua família se engajarem nesse cuidado, contribuindo para seu êxito.

O enfermeiro deve proporcionar esclarecimentos sobre a doença para o cliente e sua família como medida de alívio da ansiedade e insegurança de ambos. Outras ações, usadas como medidas de suporte, são a avaliação do prognóstico e a possibilidade do idoso continuar com sua vida normal, apresentam-se particularmente importantes para assegurar o controle tensional adequado e a observância ao tratamento (BRASIL, 2001b).

Por conta da abordagem do portador de hipertensão ser direcionada a diversos objetivos e envolver diferentes mecanismos e ações, seu tratamento pode ser beneficiado com a abordagem multiprofissional, além de ser de suma importância o envolvimento dos familiares do idoso hipertenso na busca das metas estipuladas.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b) determina no plano de reorganização de atenção aos portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* que a equipe de Saúde da Família atue de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos na abordagem da HA e do DM. Para o enfermeiro são definidas as seguintes atribuições:

- Capacitar os auxiliares de enfermagem e 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 e diabéticos;

- 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 controlados e sem intercorrências;
- 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 e do diabetes, 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;
- Acrescentar, na consulta de enfermagem, o exame dos membros inferiores para identificação do pé em risco. Realizar, também, cuidados específicos nos pés acometidos e nos pés em risco;
- Realizar glicemia capilar dos pacientes diabéticos, a cada consulta, e nos hipertensos não-diabéticos, uma vez ao ano.

De acordo com as V Diretrizes (2006) são ações específicas do enfermeiro para com o portador de hipertensão, dentro da equipe multiprofissional: a consulta de enfermagem, compreendendo a medida da pressão arterial com manguito adequado à circunferência do braço, medida de altura e peso com roupas leves e sem sapatos, medida da circunferência da cintura e quadril e cálculo do índice de massa corporal; investigação sobre fatores de risco e hábitos de vida; orientações sobre a doença e o uso regular de medicamentos prescritos pelo médico; orientações sobre hábitos de vida pessoais e familiares. Além da consulta, o enfermeiro deve engajar-se no acompanhamento do tratamento dos clientes portadores de hipertensão e realizar encaminhamento ao médico pelo menos duas vezes ao ano e com maior frequência nos casos em que a pressão não estiver devidamente controlada ou na presença de outras intercorrências.

Moreira (1999) ressalta a importância do envolvimento do cliente no controle da hipertensão, adicionado às ações da enfermagem, o que propiciam uma maior adesão do mesmo ao tratamento e um controle mais eficaz de seus níveis tensionais. O enfermeiro que lida com pessoas portadoras de hipertensão tenta aperfeiçoar sua assistência visando atender às necessidades do cliente e ao mesmo tempo, tenta fazê-lo modificar padrões e estilos de vida incongruentes com sua saúde.

Entretanto, somente medidas de orientação não são suficientes para que o idoso portador de hipertensão mude seu comportamento. É essencial a utilização de métodos educativos que contemplem as necessidades de aquisição de conhecimentos para que eles incorporem atitudes que contribuam para o controle da doença hipertensiva.

Um trabalho de educação em saúde que envolva os clientes idosos e sua família é sempre recomendável, no sentido de promover o melhor benefício de todos os tipos de tratamentos previstos, quer seja de modificações de hábitos de vida não-saudáveis ou terapia medicamentosa. Isto poderá contribuir para redução da utilização de vários medicamentos simultaneamente, contribuindo para reduzir dessa forma, a incidência de reações adversas, interações entre drogas, além de redução do número de internações e despesas desnecessárias com procedimentos médico-hospitalares.

Neste aspecto, incluímos a educação em saúde como uma das ferramentas utilizadas pelo enfermeiro no cuidado ao ser humano. Waldow (2001) coloca que o cuidar de enfermagem deve ser entendido como comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades do indivíduo, aliando relações sociais e profissionais.

No caso da educação em saúde para com o idoso portador de HA, o enfermeiro tem que se mostrar dedicação e perseverança, pois hábitos e costumes são difíceis de modificar, principalmente nesta população (OLIVEIRA e ARAUJO, 2002b). Moreira (1999) mostra que devido a esta proximidade maior com o cliente e à construção de uma relação de confiança, confirma-se o quanto é importante a participação do enfermeiro no tratamento de pacientes com hipertensão.

O aspecto não-farmacológico do tratamento da HA, segundo as Diretrizes (2006), inclui hábitos alimentares saudáveis (redução no consumo de gordura saturada, sódio e colesterol e aumento no teor de potássio e fibras), redução do consumo de bebida alcoólica, abandono do tabagismo, combate ao sedentarismo, gerenciamento do estresse, prática regular de atividades físicas, controle do peso corpóreo, entre outros, tal

como citado nos fatores de risco. Visando o alcance dessas metas, a enfermagem proporciona ajuda no controle dos níveis pressóricos e na prevenção de complicações decorrentes da HA em idosos (OLIVEIRA, ARAUJO e MOREIRA, 2002).

Quando o tratamento medicamentoso é instituído, o idoso também deve ser acompanhado de perto pelo enfermeiro, por conta de aspectos como: verificação das ações (eficácia), de reações adversas do medicamento e de interações com outras drogas, incentivo à adesão pelo cliente ao tratamento farmacológico, verificação das doses e horários, entre outros aspectos.

Sabendo que as alterações que ocorrem decorrentes da senilidade e senescência induzem a modificação na farmacocinética e farmacodinâmica das drogas, com conseqüente alteração em sua distribuição, metabolização e eliminação, além de repercutirem em sua ação e efeito no organismo do idoso, (DIRETRIZES, 2002; KATZUNG, 2006), os profissionais devem primar pela qualidade na interação profissional-cliente.

Isto quer dizer que um cuidado de qualidade, no que se refere à terapia medicamentosa, fundamenta-se no compromisso da enfermagem também com a qualidade de suas próprias ações, o que requer conhecimentos específicos sobre a doença, suas conseqüências, os tratamentos necessários, os fármacos a serem utilizados e suas implicações no organismo do idoso, visando a preservação da sua integridade e a proporção de uma melhor qualidade de vida.

Quando o idoso está tomando vários medicamentos, aumenta a probabilidade de ele esquecer ou confundir os horários e de ocorrer uma reação medicamentosa. Uma boa comunicação, o estabelecimento de confiança mútua entre as partes envolvidas e quando o indivíduo sente-se responsável também pelo processo de tomada de decisão em seu tratamento, podem facilitar a cooperação com o plano terapêutico e garantir que o idoso não modifique por conta própria o esquema terapêutico, as dosagens prescritas ou os horários, aumentando a probabilidade de sua adesão.

Outro ponto importante é a orientação do idoso pelo enfermeiro sobre a prática da auto-medicação e sobre o uso de preparados à base de plantas medicinais, enfocando os riscos e benefícios dessas atitudes.

O Ministério de Saúde do Brasil vem estimulando ações e iniciativas que visam a mudança do modelo assistencial à saúde do idoso, ainda hoje centrado na doença e na

internação hospitalar, para um modelo que privilegie a atenção integral humanizada ao idoso, com ações de prevenção de agravos, promoção, proteção e recuperação da saúde.

E apesar de esforços intensos estarem sendo realizados por diversos profissionais envolvidos na assistência à saúde do idoso com o intuito de amenizar o impacto causado pelas doenças, observamos que muito caminho ainda existe para ser percorrido.

Tavares et al. (2007) reforçam esta idéia, afirmando que diante das necessidades surgidas nas últimas décadas com o processo de envelhecimento populacional, torna-se imprescindível redirecionar a formação acadêmica e qualificação dos profissionais de saúde valorizando a aplicação do conteúdo acadêmico à prática profissional, enfatizando a promoção à saúde e a prevenção de incapacidades da população idosa, junto a uma equipe multiprofissional e compromissada com o cuidado humano.

Se o enfermeiro quer ver resultados em seu trabalho junto aos idosos em tratamento para hipertensão, ele deve buscar sempre a melhoria nos relacionamentos entre profissional, cliente e família, desenvolver métodos de interdependência, com coesão e competência, onde haja a reciprocidade com o ser cuidado, proporcionando condições de crescimento, de aprendizagem para ambos.

O idoso necessita de atenção, cuidado, incentivo e valorização da sua história de vida, devendo o enfermeiro, como membro da equipe de saúde, além de conhecer o processo de envelhecimento e as doenças associadas ao processo, desenvolver, aprimorar e socializar cuidados clínicos e estratégias para melhor atendimento às necessidades bio-psico-sociais dessa faixa etária, onde o envelhecimento saudável não deve fazer parte somente das preocupações do setor saúde; deve ser incluída como prioridade na agenda social do país.

Continuamos com o pensamento de que as pesquisas vêm contribuindo sobremaneira para a enfermagem, visto que há necessidade de aprofundar sua interface com outras áreas do conhecimento, bem como ampliar cada vez mais o interesse dos enfermeiros pelos aspectos éticos e sócio-culturais dos fenômenos do binômio saúde-doença. Embora, a enfermagem tenha sua especificidade, ela abre espaço para o conhecimento interdisciplinar e acaba articulando sua prática às políticas públicas vigentes (OLIVEIRA e MOREIRA, 2007).

Esta pesquisa tenta reforçar a necessidade de redirecionamento da atenção à saúde do idoso. A partir da identificação das dificuldades, problemas e situações vivenciadas pelos idosos em estudo, tecnologias leves de cuidado deverão ser desenvolvidas pela enfermagem, no intuito de favorecer o seguimento medicamentoso no tratamento da hipertensão, com índices favoráveis de adesão terapêutica, baixa incidência de reações adversas, redução ou manutenção de um risco coronariano baixo e valores tensionais controlados.

A enfermagem deve investir e empreender cada vez mais esforços na busca de soluções exequíveis para os problemas de quem está sob seus cuidados, pois devemos sempre contribuir para o desenvolvimento de uma prática profissional voltada para a busca de soluções eficazes e condizentes com a realidade da população brasileira.

Capítulo 8



Conclusão

*“Não choremos, amigo, a mocidade. Envelheçamos rindo,
envelheçamos como as árvores fortes envelhecem”.*
Olavo Bilac

8 Conclusão

A análise dos dados obtidos possibilitou verificar que:

▫ No que se refere às características sócio-demográficas, houve prevalência do sexo feminino e faixa etária de 70 a 79 anos, sendo a idade máxima encontrada de 87 anos; Em relação à cor, a maioria foi de não-brancos (negros ou pardos); Metade dos integrantes da pesquisa foi de indivíduos casados; Em relação à escolaridade do grupo, 25 idosos apresentavam menos de nove anos de estudo completos (Ensino Fundamental) e 18 idosos apenas lêem e/ou assinam o próprio nome, mas não apresentam escolaridade comprovada; A renda familiar mensal prevalente foi de um salário mínimo, quase sempre proveniente da aposentadoria do próprio idoso, este como único provedor da família; Quanto à vida em sociedade familiar, a maioria dos idosos moravam com mais uma ou duas pessoas em casa; Em relação à procedência, nove idosos eram procedentes de bairros de outra Secretaria Executiva Regional e um idoso mora em outro município pertencente à região metropolitana de Fortaleza;

▫ Em relação às características clínicas, quase a metade dos idosos pesquisados encontram-se com sobrepeso, após o cálculo do Índice de Massa Corporal. Uma idosa encontra-se na faixa de obesidade tipo III, com a média de 30 quilogramas acima do seu peso ideal; A maioria dos idosos apresentou cifras da circunferência abdominal superiores às recomendadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia; Os valores da pressão arterial, verificados em três momentos distintos, apresentaram-se alterados em pelo menos 12 idosos em todos os encontros, sendo que desses, uma idosa manteve-se com hipertensão grave nas três verificações.

▫ Mais da metade dos idosos referiram antecedente familiar para hipertensão e alguns apresentaram parentes de primeiro grau com diabetes e episódios de infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico na família.

▫ Ao ser investigado o tratamento não farmacológico adotado pelos idosos no controle da hipertensão arterial, observa-se que alguns idosos relataram não controlar o consumo de sal e de gordura animal ou vegetal em sua dieta diária; 35 idosos relataram praticar atividades físicas regularmente; Em relação ao tabagismo e ao consumo de bebidas alcoólicas atual, poucos idosos assumiram tal prática (duas e três idosas,

respectivamente); Houve idosos que referiram inabilidade em lidar com situações de estresse e pouco mais da metade dos idosos relatou a prática do consumo de fitomedicamentos ou preparados caseiros à base de plantas medicinais para controle da HA.

▫ Quando investigado o tratamento farmacológico, tem-se que metade dos idosos fazia uso de monoterapia medicamentosa anti-hipertensiva, sendo utilizadas quatro drogas diferentes, em posologias diversas; Em relação à terapia medicamentosa combinada, observou-se maior uso da associação de hidroclorotiazida 25mg/dia ao captopril 50mg/dia (quatro idosos) e hidroclorotiazida 25mg/dia ao captopril 150mg/dia (três idosos);

▫ Em relação à presença de reações adversas aos anti-hipertensivos em uso, 35 idosos relataram sentir alguma reação durante o uso dos medicamentos; As reações mais citadas pelos idosos, foram poliúria, tosse seca e boca seca;

▫ Quanto ao risco coronariano, encontramos apenas duas idosas na faixa “sem risco”, enquanto que na faixa “risco potencial”, tivemos 22 idosos e na faixa de “risco moderado”, encontramos 40 idosos;

▫ Na população estudada, 40 idosos apresentam algum grau de não-adesão, sendo este, leve (32 idosos) e moderado (oito idosos). Foram considerados indivíduos com adesão ideal dois homens e 12 mulheres;

▫ Quando realizado o cruzamento entre as variáveis na busca de associação entre as mesmas, tivemos que os homens se apresentaram em uma faixa de risco coronariano maior (risco moderado) se comparados às mulheres (sem risco ou risco potencial). Para os dois sexos, o grau prevalente de adesão terapêutica foi a não-adesão leve; Entre os idosos que não praticavam atividade física, tem-se que todos apresentaram alguma falha na adesão terapêutica; Dos idosos com adesão terapêutica ideal e não-adesão leve, observa-se que praticamente a metade encontra-se sem risco coronariano ou com risco potencial. Já entre os idosos com não-adesão terapêutica moderada, todos apresentaram risco moderado para doenças coronarianas; Notamos correlação inversamente proporcional entre a adesão terapêutica e o risco coronariano; Houve correlação diretamente proporcional dos valores tensionais com o cálculo do risco e correlação inversamente proporcional das pressões sistólicas nas três verificações e das pressões diastólicas, em duas verificações, com a adesão terapêutica.

Conclui-se que apesar de estarem em tratamento farmacológico para hipertensão arterial há algum tempo e em constante acompanhamento multiprofissional de sua saúde, os idosos integrantes do grupo em questão ainda sofrem com problemas relacionados à hipertensão, acarretando no aumento do risco desses indivíduos desenvolverem uma série de complicações decorrentes da doença.

A identificação e o conhecimento dos fatores de risco cardiovasculares em grupos populacionais, como neste caso, os idosos, é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de saúde pública na prevenção primária visando a redução da morbi-mortalidade desses problemas de saúde pública. Este é um dos aspectos a serem observados pelo enfermeiro no cuidado à essa população.

Embora o estudo apresente achados interessantes, limitações não podem ser ignoradas. A população investigada tem suas características bem particulares, o que pode tornar inviável a generalização dos resultados para a população geral de hipertensos, a não ser que a comparação desses resultados seja realizada com os de outros grupos de idosos, que apresentem características sócio-demográficas semelhantes.

Entretanto, todos os dados colocados são altamente dignos de reflexão pelo enfermeiro. Este tema apresentou-se de forma bastante ampla e complexa e ainda há muito que se pesquisar acerca da temática em questão. Espera-se ter contribuído um pouco mais para as discussões sobre o assunto e para o desenvolvimento do conhecimento existente sobre o cuidado clínico de enfermagem e a hipertensão arterial em idosos.

Por conta de todo este contexto apresentado anteriormente, a questão do idoso portador de hipertensão continua a nos levar à busca de soluções visando contribuir mais no seu tratamento. Como próximo passo, pretende-se desenvolver um projeto maior de intervenção junto aos idosos do grupo pesquisado, visto que a prevenção de complicações associadas à hipertensão arterial poderá ser favorecida pelo enfermeiro ao implementar tecnologias de cuidado sistêmicas, por meio dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, que possibilitem o envolvimento pessoal, interpessoal e social do cliente no seu tratamento, contribuindo para o planejamento e implementação de ações de saúde mais próximas da percepção de tempo e espaço da população, facilitando a eficácia dessas ações.

Capítulo 9



Referências

*"Os velhos morrem, porque já não são amados".
Montherlant (1896-1973)*

9 Referências

ABREU, G. P.; MEDRONHO, R. A.; ESCOSTEGUY, C. C. Análise dos óbitos por doença isquêmica do coração em idosos no município do Rio de Janeiro. **Rev SOCERJ**. 2007. 20(3): 226-232.

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(4): 833-840, 2004.

ALENCAR, J. E. **Médicos de um Programa de Saúde da Família e a assistência prestada ao idoso**. 2004. Monografia (Especialização). Especialização em Saúde da Família, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2004.

ARAUJO, L. A. O.; BACHION, M. M. Diagnósticos de Enfermagem do Padrão Mover em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Rev. Esc. Enfer USP*. 2005; 39(1): 53-61.

ASPERHEIM, M. K. Medicamentos que atuam no sistema circulatório. In: _____. **Farmacologia para enfermagem**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. cap. 21. p. 105-119.

BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A.; CARDOSO, A. R. A.; LIMA-COSTA, M. F. Quantificando o risco de doença coronariana na comunidade. Projeto Bambuí. **Arq Bras Cardiol**, 2003. 81(6): 549-55.

BÉRIA, J. H. Prescrição de medicamentos. In: DUNCAN, B. B.; SCHIMDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. e col. *Medicina ambulatorial: Conduas de atenção primária baseadas em evidências*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 7; p. 88-100.

BEZERRA, F. G.; RIBEIRO, F. L. T.; FERNANDES, W. A importância da comunicação na administração de medicamentos em idosos: uma contribuição da enfermagem. In: 8º Simp. Bras. Enferm. Comun. In: *Anais do Simpósio Brasileiro de Enfermagem Comunitária*, 8º. Maio, 2002.

BLANSKI, C. R. K.; LENARDT, M. H. A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS) 2005 ago; 26 (2): 180-8.

BLOCH, K. V.; RODRIGUES, C. S.; FISZMAN, R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial – uma revisão crítica da literatura brasileira. **Rev Bras Hipertens**. 13(2): 134-143, 2006.

BOUNDY, J. et al. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 3 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2004.

BPR. **Guia de remédios 2006-2007**. 8 ed. São Paulo: Escala, 2006. 704p.

BRASIL Resolução N° 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Revista Bioética**. vol. 4, N° 2, 1996.

BRASIL Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de N° 1.395, de 09 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, N° 237-E, pp. 20-24, 13 dez., seção 1. 1999.

BRASIL Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM)**: protocolo. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus**: Manual de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de N° 1.587, de 03 de setembro de 2002, que aprova a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/essencial.htm>. 2002. Acesso em 03 de novembro de 2006.

BRASIL Senado Federal. **Estatuto do idoso**. Brasília, 2003. Disponível em <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=224902> Acesso em: 03 de novembro de 2006.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira**: Uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA, 2002. 31p.

CASTRO, M. R.; VARGAS, L. A. A Interação/atuação da equipe do Programa de Saúde da Família do Canal do Anil com a população idosa adscrita. **Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 15(2): 329-351, 2005.

CEARÁ Secretaria da Saúde do Estado. **Manual das equipes de saúde da família**. 2 ed. Fortaleza: SESA, 2004. 346p.

CEARÁ **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Ceará 2004**. Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. vol. 4. Fortaleza: SESA, 2005.

COELHO, E. B.; NOBRE, F. Tratamento anti-hipertensivo medicamentoso: atualidades e perspectivas. In: PIERIN, A. M. G. (coordenadora). **Hipertensão arterial**: uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole, 2004. cap. 7; p. 93-118.

COELHO NETO, A.; ARAÚJO, A. L. C. **Vida longa com qualidade**. Rio – São Paulo – Fortaleza: ABC Editora, 2003. 244p.

COSTA, N. E. da; MENDONÇA, J. M.; ABIGAIL, A. Políticas de assistência ao idoso: a construção da política nacional de atenção à pessoa idosa no Brasil. In: FREITAS, E. V. de *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 132; p. 1077-1082

COSTA, J. S. D. da; BARCELLOS, F. C.; SCLOWITZ, M. L.; SCLOWITZ, I. K. T.; CASTANHEIRA, M.; OLINTO, M. T. A; MENEZES, A. M. B.; GIGANTE, D. P.; MACEDO, S.; FUCHS, S. C. Hypertension Prevalence and its Associated Risk Factors in Adults: a Population-Based Study in Pelotas. **Arq Bras Cardiol** 2007; 88(1): 54-59.

CRISTOVÃO, M. F. **Obesidade e hipertensão arterial sistêmica em mulheres**: estudo na área de abrangência da Unidade de Saúde - Jd. Guaraicá. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000. 109 f.

DATASUS Departamento de Informática do SUS. **Informações de saúde** – Demográficas e Sócio-econômicas (Censos, contagens e projeções inter-censitárias: População residente no Brasil, Regiões e Unidades Federativas). Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B379C6D0E0F359G23H011Jd6L26M0N&VInclude=../site/infsaude.php>. Acesso em: 28 de agosto de 2007

DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão Arterial, V. **Rev. Bras. Hipertens.** v. 13, n. 4, p. 260-312, out/dez 2006.

DIRETRIZES do Grupo de Estudos em Cardiogeriatrics, I. Grupo de Estudos em Cardiogeriatrics da Sociedade Brasileira de Cardiogeriatrics. **Arq Bras Cardiol.** v 79, (supl I), 2002.

FELTEN, B. S.; GRAY-VICREY, P.; MANGIN, E. J.; PURVIS, G.; ROSS-KERR, J. C.; VONTZ, M. J. Geriatria e gerontologia. Reichmann & Autores. 2005. 648p.

FERREIRA, B. A. Considerações sobre fatores de risco para doença coronariana. **Revista Nursing.** Ano 3, n. 24, p. 30-34, mai. 2000.

FORTALEZA. Boletim de Saúde de Fortaleza. **Doenças e agravos não transmissíveis** (DANT). Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde. v. 9; n. 2; jul/dez/2005.

FREITAS, E. V. de; BRANDÃO, A. A.; MAGALHÃES, M. E. C.; POZZAN, R.; BRANDÃO, A. P. Qual a pressão arterial diastólica aceitável no tratamento de hipertensão sistólica isolada? **Rev. Bras. Hipertens.** 14(1): 25-28, 2007.

FREITAS, E. V. de; MOHALLEN, K.; GAMARSKI, R. Recomendações da SOCERJ: Manejo Terapêutico em Cardiogeriatrics. **Rev SOCERJ.** V. 17, supl. B, jun. 2004.

FREITAS, M. C.; MARUYAMA, S. A. T.; FERREIRA, T. F.; MOTTA, A. M. A. Perspectivas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. **Rev Latino-am Enfermagem** 2002, março-abril; 10(2): 221-8.

FUCHS, F. D.; MOREIRA, W. D.; RIBEIRO, J. P. Efeitos do exercício físico na prevenção e tratamento da hipertensão arterial: avaliação por ensaios clínicos randomizados. **Hipertensão.** 4(3). 2001.

GODOY-MATOS, A. F.; OLIVEIRA, J. **Sobrepeso e Obesidade**: Diagnóstico. Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. 2004. 9p.

GRAVINA, C. F.; GRESPAN, S. M.; BORGES, J. L. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. **Rev. Bras. Hipertens.** 14(1): 33-36, 2007.

GUIMARÃES, A. C. Sobrepeso e Obesidade: fatores de risco cardiovascular. Aspectos clínicos e epidemiológicos. **Hipertensão.** 4(3). 2001.

GUS, I.; FISCHMANN, A.; MEDINA, C. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no estado do Rio Grande do Sul. **Arq Bras Cardiol.** 78 (5), 478-83, 2002.

HADDAD, N. Delineamento de estudos analíticos. In: _____. **Metodologia de estudos em ciências da saúde.** Como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico. São Paulo: Roca, 2004. cap. 6. p. 39-70.

HE, F. J.; MACGREGOR, G. A. How far should salt intake be reduced? **Hypertension**, v. 42, p. 1093–1099, 2003. Downloaded from: <http://www.hyper.ahajournals.org>

HEIMANN, J. C. Sal e hipertensão arterial. Aspectos fisiopatológicos. **Hipertensão.** 7(2): 51-4. 2004.

IBGE **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Brasília. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> . Acesso em: 28 de agosto de 2007.

JARDIM, P. C. B. V.; MONEGO, E. T.; SOUSA, A. L. L. A abordagem não medicamentosa do paciente com hipertensão arterial. In: PIERIN, A. M. G. (coordenadora). **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar.** Barueri: Manole, 2004. cap. 8; p. 119-38.

KATZUNG, B. G. Farmacologia básica e clínica. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1008 p.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial.** Brasília: OPAS, 2003. 255p.

LÉLIS FILHO, R. **Identificação do perfil de risco cardiovascular em trabalhadores de uma indústria automobilística:** aplicação da tabela da Sociedade Americana de Cardiologia. 2006. Dissertação (Mestrado em Sistema de Gestão). Universidade Federal Fluminense. 96p.

LIBERMAN, A. Aspectos epidemiológicos e o impacto clínico da hipertensão no indivíduo idoso. **Rev. Bras. Hipertens.** 14(1): 17-20, 2007.

LIEBER, N. S. R.; TEIXEIRA, J. J. V.; FARHAT, F. C. L. G.; RIBEIRO, E. CROZATTI, M. T. L.; OLIVEIRA, G. S. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. **Cad. Saúde Pública.** 18(6). Rio de Janeiro. Nov/Dez 2002.

LIMA, N. K. C.; REZENDE, T.; NOBRE, F. Monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) no paciente idoso. **Hipertensão.** 4(3). 2001.

LIPP, M. E. N. Controle do estresse e hipertensão arterial sistêmica **Rev Bras Hipertens.** 14(2): 89-93, 2007.

LIPP, M. N.; ROCHA, J. C. Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida. Um guia de tratamento para o hipertenso. Campinas: Papirus, 1994.

LOPES, A. A.; SILVEIRA, M. A.; MARTINELLI, R.; NOBLAT, A. C. B. Influência da hipertensão arterial na incidência de doença renal terminal em negros e Mulatos portadores de glomerulonefrite. **Rev Assoc Med Bras** 2002; 48(2): 167-71.

LOYOLA FILHO, A. I. de; UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2): 545-553, mar-abr, 2005.

LUECKENOTTE, A. Avaliação da enfermagem para a pessoa idosa. In: _____. **Avaliação em gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Recichmann & Affonso, 2002. cap. 1. p. 1-3.

MARCON, S.; LOPES, M.; ANTUNES, C. R.; FERNANDES, J.; WAIDMAN, M. A. Family caregivers of chronically ill people: a bibliographic study. **Online Brazilian Journal of Nursing** [Online], 5.1 22 Apr 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=216>.

MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2006 maio-junho; 14(3).

MATOS, F. J. A. **Farmácias vivas** - Sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades. 4 ed. Fortaleza: EUFC; 2002. 267p.

MENÉNDEZ, J.; GUEVARA, A.; ARCIA, N.; DÍAZ, E. M. L.; MARÍN, C.; ALFONSO, J. C. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. **Rev Panam Salud Publica**. 2005; 17(5/6): 353-61.

MOREIRA, T. M. M. **Descrevendo a não adesão ao tratamento a partir de uma compreensão de sistemas**. 1999. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

MOREIRA, T. M. M. **Tecnologia de cuidado na busca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial**: desenvolvimento e avaliação de uma experiência em Fortaleza-Ceará. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem). Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003. 260f.

MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L. de; PAGLIUCA, L. M. F. Alcance da teoria de King junto a famílias de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 22, n.1, p. 74-89, jan. 2001.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2001. 238p.

NEWMAN, T. B.; BROWNER, W. S.; CUMMINGS, S. R.; HULLEY, S. B. Delineando um estudo observacional: Estudos transversais e de caso-controle. In: HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica**: Uma abordagem epidemiológica. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. Cap. 8; p. 127-45.

NOBLAT, A. C. B.; LOPES, M. B.; LOPES, A. A. Raça e Lesão de Órgãos-Alvo da Hipertensão Arterial em Pacientes Atendidos em um Ambulatório Universitário de Referência na Cidade de Salvador. **Arq Bras Cardiol**. 82(2): 111-5, 2004.

OLIVEIRA JÚNIOR, W. Estresse mental como fator de risco para a hipertensão arterial. **Hipertensão**. 3(3). 2000.

OLIVEIRA, C. J. de; ARAÚJO, M. F. M. A atuação da enfermagem estimulando a adoção de um estilo de vida saudável por idosos em tratamento de alterações da pressão arterial. In: X Encontro de Extensão da Universidade Federal do Ceará, 2001, Fortaleza. **Anais do Encontro de Extensão, X**. Fortaleza: EDUFC, 2001.

OLIVEIRA, C. J. de; ARAÚJO, M. F. M. A prática de atividades físicas contribuindo para a melhoria de saúde de um grupo de idosos. In: XI Encontro de Extensão da Universidade Federal do Ceará, 2002, Fortaleza. **Anais do Encontro de Extensão, XI (CD Rom)**. Fortaleza: 2002.

OLIVEIRA, C. J. de; ARAUJO, T. L. de. Cultura dos chás, águas e lambedores: a prática em um grupo de idosos. In: XXI Encontro de Iniciação à Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, 2002, Fortaleza. **Anais do Encontro de Iniciação à Pesquisa, XXI (CD Rom)**. Fortaleza: 2002a.

OLIVEIRA, C. J. de; ARAUJO, T. L. de. O estilo de vida influenciando na saúde cardiovascular de idosos. In: V Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, 2002, Recife. **Anais do Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, V**. Recife: 2002b.

OLIVEIRA, C. J. de; ARAUJO, T. L. de. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. [Online], 9 (1): 93-105 Jan/Abr 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/v9n1a07.htm>

OLIVEIRA, C. J. de; ARAUJO, T. L.; MOREIRA, T. M. M. Idosos com hipertensão arterial: Interferências em sua qualidade de vida. **Rev Baiana Enfermagem**. V. 17, n. 3, p. 109-112, set/dez 2002.

OLIVEIRA, C. J. de; MACHADO, T. R.; MOREIRA, T. M. M.; ARAUJO, T. L. de. Detectando alterações da pressão arterial – Relato de experiência. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2000, Olinda. **Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem, 52º**. Olinda: 2000.

OLIVEIRA, C. J. de; MOREIRA, T. M. M. Analysis of Nursing's dissertations and theses about the "elderly", Brazil, 1979-2004: Bibliographical study. **Online Brazilian Journal of Nursing** [Online] 6:1. 2007 Apr 21. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/689/159>

OLIVEIRA, C. J. de; MOREIRA, T. M. M.; ARAUJO, T. L. de. Influência do tratamento na qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial. In: XIX Encontro de Iniciação à Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, 2000, Fortaleza. **Anais do Encontro de Iniciação à Pesquisa, XIX**. Fortaleza: EDUFC, 2000.

OLIVEIRA, K. C. S. de. Fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio em um hospital privado de Ribeirão Preto-SP. 2004. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. 100 p.

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OMS, 2003a. 60 p.

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde. **Iniciativa para a prevenção integrada de doenças não-transmissíveis nas Américas**. Brasília: OMS, 2003b. 32 p

PAULA, J. C. de; CINTRA, F. A. A relevância do exame físico do idoso para a assistência de enfermagem hospitalar. **Acta Paul Enferm**. 2005 jul/set; 18 (3): 301-6.

PEREIRA, A. C.; KRIEGER, J. E. Sal, hipertensão e genética. **Hipertensão**. 7(2): 61-4. 2004.

PIAZZA, I. P.; DE LORENZI, D. R. S.; SACILOTO, B. Avaliação do risco cardiovascular entre mulheres climatéricas atendidas em um Programa de Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre. 2005; 26(2): 200-9.

PIERIN, A. M. G.; STRELEC, M. A. A. M.; MION JÚNIOR, D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: PIERIN, A. M. G. **Hipertensão Arterial – uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Manole, 2004. cap. 16; p. 275-89.

PPAFFENBACH, G.; CARVALHO, O. M.; BERGSTEN-MENDES, G. Reações adversas a medicamentos como determinantes da admissão hospitalar. **Rev Assoc Med Bras** 2002; 48(3): 237-41.

REINERS, A. A. O. Interação profissional de saúde e usuário hipertenso: contribuição para a não-adesão ao regime terapêutico. 2005. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005. 156f.

RIBEIRO, A. B. **Atualização em hipertensão arterial: Clínica, diagnóstico e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1996.

RIBEIRO, J. M. Acompanhamento ao paciente hipertenso. In: AMODEO, C.; LIMA, E. G.; VASQUEZ, E. C. **Hipertensão Arterial**. São Paulo: Sarvier, 1997.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi. 6 ed. 2003.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**. v. 19, n. 3. Rio de Janeiro. Jun 2003.

ROZENFELD, S.; VALENTE, J. Estudos de utilização de medicamentos – considerações técnicas sobre coleta e análise de dados. **Epid. Serv. Saúde** 2004; 13(2): 115-23.

SANTELLLO, J. L.; PRAXEDES, J. N. Emergências hipertensivas. **Rev Soc Cardiol São Paulo**. Vol 13; No 1; Jan/Fev 2003.

SANTOS, D. M.; SICHIERI, R. Índice de massa corpórea e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Rev. Saúde Pública**. 2005; 39(2): 163-8.

SANTOS, Z. M. S. dos; SILVA, R. M. da. **Hipertensão Arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado**. Fortaleza: UNIFOR, 2002.

SBC Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Teste o seu coração**. Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: <http://prevencao.cardiol.br/testes/>

SBH Sociedade Brasileira de Hipertensão. **Cálculo do IMC – Índice de Massa Corporal**. 2007. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/publico/testes/imc.htm>

SILVA, M. J. da; LOPES, M. V. O.; ARAÚJO, M. F. M.; MORAES, G. L. A. de. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. **Acta Paul Enferm** 2006; 19(2): 201-6.

SILVEIRA, R.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JÚNIOR, M. L. Idosos que foram vítimas de acidentes de trânsito no município de Ribeirão Preto-SP, em 1998. **Rev. Latino-am Enfermagem** 2002, novembro-dezembro; 10(6): 765-71.

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

SOARES, A. M.; JACOB FILHO, W. Hipertensão arterial no idoso. In: PIERIN, A. M. G. **Hipertensão Arterial** – uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole, 2004. cap. 13; p. 221-41.

SOCERJ Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. Recomendações da SOCERJ: Manejo Terapêutico em Cardiogeriatrics. **Rev SOCERJ**. v. 17, supl. B. Jun 2004.

SOUSA, A. L. L. Educando a pessoa hipertensa. In: PIERIN, A. M. G. **Hipertensão Arterial** – uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole, 2004. cap. 73; p. 165-84.

STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION Jr, D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 81, n. 4, 343-348. 2003.

STUCHI, R. A. G.; CARVALHO, E. C. Crenças dos portadores de doença coronariana, segundo o referencial de Rokeach sobre o comportamento de fumar. **Rev. Latino-am Enfermagem** 2003 jan-fev; 11(1): 74-9.

TAVARES, D. M. S.; PEREIRA, G. A.; IWAMOTO, H. H.; MIRANZZI, S. S. C.; RODRIGUES, L. R. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 jan-mar; 16(1): 32-9.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3): 705-715, mai-jun, 2003.

VIEIRA, M. D. C. M. **Velhice feminina no asilo: do imaginário ao real**. 2001. Tese (Doutorado). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2001.

WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WEBCARTA. Fortaleza – Mapa: Bairros e Secretarias Regionais. 2007. Disponível em <http://webcarta.net/carta/mapa.php?id=3928&lg=pt>

WETZEL JÚNIOR, W.; SILVEIRA, M. P. T. Hipertensão Arterial: um problema de todos. **Revista Nursing**, v. 81, n.8, p. 71-75, fev. 2005.

ZAITUNE, M. P. A.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(2): 285-294, fev, 2006.

ZASLAVSKY, C.; GUS, I. Idoso. Doença cardíaca e comorbidades. **Arq Bras Cardiol.** 79 (6), 635-9, 2002.

Apêndices

APÊNDICE I – ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Nº: _____

Nome: _____
Procedência (Nome do bairro/cidade) _____
Sexo: () Feminino () Masculino
Idade: _____ anos Cor: _____
Estado civil: () Casado(a) () Solteiro(a) () Separado/Divorciado(a)
() Viúvo(a) () Outros
Nº de pessoas que residem em sua casa _____
Quem são? _____
Grau de Escolaridade:
() Analfabeto(a) () Somente lê e/ou assina o nome
() Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo
() Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo
() Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo
Atividade profissional _____
Renda Familiar R\$ _____

2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS

ALTURA _____ m PESO _____ kg
IMC _____ Circunferência Abdominal _____ cm
PA1= _____ PA2= _____ PA3= _____
CÁLCULO DO RISCO CORONARIANO: _____ (Anexo I)
VALOR DA ADESÃO TERAPÊUTICA: _____ (Anexo II)

3 HISTÓRIA FAMILIAR

Pai: () vivo () falecido Causa da morte
Mãe: () viva () falecida Causa da morte
Irmãos: () vivos () falecidos Causa da(s) mortes(s)

Na família (avós, pais e irmãos) já houve caso de:

Hipertensão arterial () sim () não () não sabe referir
Quem? _____
Diabetes mellitus () sim () não () não sabe referir
Quem? _____
Morte súbita () sim () não () não sabe referir
Infarto agudo do miocárdio () sim () não () não sabe referir
Acidente vascular cerebral () sim () não () não sabe referir

4 TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO PARA HIPERTENSÃO

Dieta hipossódica () sim () não () não sabe referir
Dieta hipocalórica () sim () não () não sabe referir
Tabagismo () sim () não () não sabe referir
Ingestão de álcool () sim () não () não sabe referir
Estresse () sim () não () não sabe referir
Uso de estrogênios () sim () não () não sabe referir
Uso de fitoterápicos () sim () não () não sabe referir
Outros
Especificar: _____

Faz alguma atividade física? () Não () Sim; () Leve () Moderada () Intensa
Frequência: () Diariamente () _____ vezes por semana () Ocasionalmente
Duração: _____

5 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PARA HIPERTENSÃO

Necessita de ajuda para tomar a medicação? () Não () Sim
 Qual tipo de ajuda? _____
 Quem lhe ajuda? _____

Droga:
Dosagem:
Posologia:
Horário:

Droga:
Dosagem:
Posologia:
Horário:

Droga:
Dosagem:
Posologia:
Horário:

Droga:
Dosagem:
Posologia:
Horário:

6 REAÇÕES ADVERSAS RELATADAS

() Adormecimento das mãos ou pés	() Faringite
() Alergia	() Febre
() Alteração na audição (tinidos ou redução da audição)	() Formigamentos
() Alteração no paladar	() Fotossensibilidade
() Alteração no sono	() Fraqueza muscular
() Alterações visuais	() Hematomas
() Alucinações	() Hematúria
() Angina	() Hiperplasia gengival
() Ansiedade	() Hipotensão ortostática
() Aumento de peso	() Icterícia
() Aumento do tamanho das mamas	() Impotência sexual
() Boca seca	() Insônia
() Bradicardia	() Intolerância ortostática
() Broncoespasmos	() Má digestão
() Câibras musculares	() Mãos ou pés frios
() Cansaço	() Náuseas
() Cefaléia	() Nervosismo
() Coceira	() Olhos secos
() Cólicas intestinais	() Oligúria
() Concentração do sangue	() Palidez
() Confusão mental	() Palpitação
() Congestão nasal	() Parada cardíaca
() Constipação	() Parestesia
() Depressão	() Perda do apetite
() Desconforto gastrointestinal	() Pesadelos
() Desidratação	() Polidipsia
() Desmaio	() Poliúria
() Desorientação	() Produção/saída de leite pelas mamas
() Diabetes (aumento da glicose)	() Rinite
() Diarréia	() Rouquidão
() Dificuldade de concentração	() Rubor
() Dificuldade de respirar ou engolir	() Sangramentos
() Diminuição de lágrimas	() Sensação de pressão na cabeça
() Dispepsia	() Síncope
() Dor abdominal	() Sintomas de resfriado
() Dor articular	() Sonolência
() Dor muscular	() Suores
() Dor nas articulações	() Taquicardia
() Dor no peito	() Tetania (espasmo muscular)
() Dormências	() Tontura e/ou vertigem
() Edema (face, pálpebras, lábios, língua)	() Tosse seca
() Edema (mãos, pés, pernas, tornozelos)	() Tremores
() Erupções cutâneas	() Urticária
() Fadiga	() Vômito
() Falta de apetite	() Outra. Especificar:

7 OUTRAS MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Droga:
Dosagem:
Posologia:
Horário:
Para que serve:

APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Idosos em tratamento anti-hipertensivo: parâmetros para o cuidado clínico de Enfermagem**”. Com a mesma, pretendemos avaliar idosos em tratamento anti-hipertensivo com vistas a subsidiar o cuidado de Enfermagem a esse grupo, sendo que para isto, iremos: descrever as características sócio-demográficas e clínicas de idosos em tratamento anti-hipertensivo; descrever o tratamento farmacológico anti-hipertensivo seguido por esses idosos; verificar a presença de reações adversas aos medicamentos anti-hipertensivos nesse grupo e sua frequência; averiguar a adesão terapêutica e o risco coronariano nessa clientela; verificar associação entre as variáveis em estudo (características sócio-demográficas e clínicas, presença de reações medicamentosas, adesão terapêutica, risco coronariano) sob o enfoque estatístico e propor reflexões que potencializem o tratamento do idoso em tratamento anti-hipertensivo.

Assim, gostaríamos de contar com a sua participação, permitindo que lhe entrevistemos. Informamos que a pesquisa não traz risco à sua saúde e que você pode desistir de participar da mesma no momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo financeiro e/ou em seu tratamento, acompanhamento e participação nas reuniões do Salão. Se necessário, pode entrar em contato comigo, *Célida Juliana*, fone (85) 3232.9716, ou com a coordenadora da pesquisa *Prof.a. Dra. Thereza Maria*, nos telefones (85) 3101.9823 ou (85) 8871.8603.

Assinatura da Pesquisadora

Tendo sido informado sobre a pesquisa IDOSOS EM TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO: PARÂMETROS PARA O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM, concordo em participar da mesma.

Nome: _____

Assinatura _____ ou polegar direito:

Fortaleza-Ceará, ____ de _____ de _____.

Pesquisadora

Orientadora

APÊNDICE III – OFÍCIO ENVIADO À INSTITUIÇÃO PARA APROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NAS SUAS DEPENDÊNCIAS



Universidade Estadual do Ceará - UECE

Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde

Ofício N°. SN/2007

Fortaleza, 23 de maio de 2007

Eu, **Célida Juliana de Oliveira**, discente do curso de Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará, solicito autorização para realizar a coleta de dados de minha dissertação nas dependências do Salão do Idoso Dr. Juraci Teixeira, localizado na Av. Alberto Craveiro, 1480 – Bairro Boa Vista/Castelão, junto aos idosos participantes do referido Salão.

A pesquisa intitula-se: **Reações adversas a medicamentos em idosos em tratamento anti-hipertensivo: relação com a adesão terapêutica**, sob orientação da **Profª. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira** (Universidade Estadual do Ceará).

Com a mesma, pretendemos analisar a ocorrência de reações adversas a medicamentos (RAM) em idosos em tratamento anti-hipertensivo e sua relação com a adesão terapêutica, sendo que para isto, iremos: verificar a frequência de reações adversas a medicamentos em idosos em tratamento anti-hipertensivo; verificar associação entre a frequência das RAM, número e classe de medicamentos utilizados e investigar, junto aos idosos do grupo a interferência dessas reações na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Informamos que a pesquisa não traz risco à saúde dos participantes do grupo de idosos e não incorrerá em qualquer prejuízo financeiro ou material aos idosos e/ou à coordenação do Salão.

Caso haja alguma dúvida, entrar em contato comigo, *Célida Juliana*, fone (85) 3232.9716, ou com a coordenadora da pesquisa *Prof.a. Dra. Thereza Moreira*, fone (85) 3101.9823.

Grata pela cooperação e ajuda,

Célida Juliana de Oliveira

Recebido em 29.05.07
Hosilina Mirella O. Ferreira
Assist. Social CRPSS 3814

Centro de Referência da Assistência Social Dr. Juraci Teixeira
Endereço: Av. Alberto Craveiro, 1480 – Boa Vista/Castelão
Nesta

APÊNDICE IV – OUTRAS MEDICAÇÕES UTILIZADAS PELOS IDOSOS

IDOSO	IDADE	SEXO	MEDIC A	MEDIC B	MEDIC C	MEDIC D	MEDIC E
1	71	F	AKINETON	GINKO BILOBA	-	-	-
2	68	F	AAS	RANITIDINA	ALEDONATO DE CÁLCIO	-	-
3	71	F	OMEPRAZOL	-	-	-	-
4	67	F	OMEPRAZOL	AMITRIPTILINA	DICLOFENACO	-	-
5	76	F	BROMAZEPAM	-	-	-	-
7	80	F	AAS	DORFLEX	-	-	-
8	64	F	AAS	PARACETAMOL	-	-	-
10	75	F	AAS	NEOSALDOR	-	-	-
11	66	F	AAS	DICLOFENACO	-	-	-
12	61	F	DIAZEPAM	BUSCOPAN	-	-	-
13	64	F	PURAN	EVISTA	FLODIN DUO	MINUSORB	-
14	75	F	DIAZEPAM	-	-	-	-
16	76	M	AAS	GLIBENCLAMIDA	-	-	-
17	62	F	AAS	DICLOFENACO	-	-	-
18	77	F	LACTOSAN	-	-	-	-
19	70	F	SINVASTATINA	GLIBENCLAMIDA	SOMALIUM	-	-
21	87	F	PURAN	-	-	-	-
22	81	F	DIAZEPAM	-	-	-	-
25	61	F	AAS	SINVASTATINA	-	-	-
26	75	F	AAS	CÁLCIO	-	-	-
28	74	F	ÓLEO MINERAL	DIGOXINA	-	-	-
29	60	F	GLIBENCLAMIDA	AAS	SINVASTATINA	-	-
30	72	F	GLIBENCLAMIDA	AAS	-	-	-
32	71	F	DAONIL	-	-	-	-
33	84	M	AAS	-	-	-	-
37	60	M	AAS	METFORMINA	INSULINA NPH	SINVASTATINA	ISOSSORBIDA
40	75	M	ZETSIM	ISOGREEN	LASOL	-	-
44	65	F	SINVASTATINA	-	-	-	-
45	61	F	CALCIO	-	-	-	-
47	72	F	GLIBENCLAMIDA	-	-	-	-
48	61	F	DIAZEPAM	-	-	-	-
49	70	M	SINVASTATINA	-	-	-	-
53	60	F	SINVASTATINA	AMITRIPTILINA	-	-	-

Anexos

ANEXO I – TABELA DE RISCO CORONARIANO (American Heart Association – SBC, 2007)

INFORMAÇÕES							PONTOS
	 0	 1	 2	 8	 9	 10	
FUMO	Nunca Fumou	Ex-fumante ou fumante de charuto ou cachimbo (sem inalar)	Menos de 10 cigarros por dia	10-20 cigarros por dia	21-30 cigarros por dia	31-40 cigarros por dia	
	 0	 1	 2	 3	 5	 6	
IDADE/SEXO	Homem/ 20-30 anos Mulher/ até 50 anos	Homem/ 31-40 anos	Homem/ 41-45 anos Mulher/ 51 anos ou mais	Homem/ 46-50anos Mulher/ sem ovário	Homem/ 51-60 anos Mulher com irmã (o) infartada (o)	Homem/ 61 anos ou mais Mulher Diabética	
	 0	 1	 2	 3	 7	 8	
PESO	Inferior em 5 kg ao peso normal	Peso normal	Acima do peso (5-10kg)	Acima do peso (11-19kg)	Acima do peso (20-25kg)	26kg ou mais, acima do peso	
	 0	 1	 2	 3	 4	 6	
ATIVIDADE FÍSICA	Atividade profissional/ esportiva intensa	Atividade profissional/ esportiva moderada	Atividade profissional/ esportiva leve	Atividade profissional sedentária/ esportiva moderada	Atividade profissional sedentária/ pouca atividade esportiva	Inatividade física	
	 0	 1	 2	 3	 7	 8	
ANTECEDENTE FAMILIAR	Ausente	Pai ou mãe com mais de 60 anos, com doença coronariana	Pai e mãe com mais de 60 anos, com doença coronariana	Pai ou mãe com menos de 60 anos, com doença coronariana	Pai e mãe com menos de 60 anos, com doença coronariana	Pai, mãe e irmão ambos com doença coronariana	
	 0	 1	 2	 6	 9	 10	
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	110-119 mmHg	120-130 mmHg	131-140 mmHg	141-160 mmHg	161-180 mmHg	mais de 180mmHg	
	 0	 1	 2	 5	 6	 10	
GLICEMIA	Jejum abaixo de 80	Diabéticos na família	Jejum =100 1ªhora=160	Jejum =120 1ªhora=160	Diabetes tratado	Diabetes não controlado	
	 0	 1	 2	 7	 9	 10	
COLESTEROL	Abaixo de 180	181-200	201-220	221-249	250-280	281-300	

0 - 8

17

40

59

67

68

SEM RISCO

RISCO POTENCIAL

RISCO MODERADO

RISCO ALTO

FAIXA DE PERIGO

PERIGO MÁXIMO

ANEXO II – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO (MOREIRA, 2003)

VARIÁVEIS	NOTA MÁXIMA	NOTA RECEBIDA	DESCRIÇÃO
CONSUMO ADEQUADO DE SAL	1,0	() (0,0)	Refere claramente que consome sal sem moderação. Menciona isto como sem importância.
		() (0,25)	Refere claramente que consome sal sem nenhuma moderação, mas diz saber que faz mal.
		() (0,5)	Refere claramente que consome muito sal, mas diz que quer diminuir e não consegue.
		() (0,75)	Refere que às vezes consome uma quantidade maior de sal, mas é raro.
		() (1,0)	Afirma ter cuidado extremo com a restrição ao sal.
CONSUMO ADEQUADO DE GORDURA	0,5	() (0,0)	Refere claramente que consome gordura, sem moderação e menciona isto como sem importância.
		() (0,12)	Refere claramente que consome gordura, sem nenhuma moderação, mas diz saber que faz mal.
		() (0,25)	Refere claramente que consome muita gordura, mas alega que quer diminuir e não consegue.
		() (0,37)	Refere que às vezes consome mais gordura, mas é raro.
		() (0,5)	Afirma ter cuidado extremo com a restrição a gordura.
ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC)	1,0	() > 35 e ≤ 40 kg/m ² (0,0) () > 30 e ≤ 35 kg/m ² (0,25) () > 25 e ≤ 30 kg/m ² (0,5) () ≤ 25 kg/m ² (1,0)	
ABSTINÊNCIA DO FUMO	0,5	() (0,0)	Refere claramente que fuma, em excesso, e conta isto como sem importância.
		() (0,12)	Refere claramente que fuma, em excesso, mas diz saber que faz mal.
		() (0,25)	Refere claramente que fuma, mas comenta que quer diminuir e não consegue.
		() (0,37)	Refere que às vezes fuma, mas é raro.
		() (0,5)	Afirma ter cuidado extremo com a restrição ao fumo.
AUSÊNCIA DE INGESTA ALCOÓLICA	0,5	() (0,0)	Refere claramente que é etilista, sem moderação, e fala nisto como sem importância.
		() (0,12)	Refere claramente que é etilista, sem nenhuma moderação, mas diz saber que faz mal.
		() (0,25)	Refere claramente que é etilista, mas alega que quer diminuir e não consegue.
		() (0,37)	Refere que às vezes bebe, mas é raro.
		() (0,5)	Afirma ter cuidado extremo com a restrição ao álcool.
PRÁTICA REGULAR DE EXERCÍCIOS FÍSICOS	1,0	() (0,0)	Refere claramente que é sedentário e menciona isto como sem importância.
		() (0,25)	Refere claramente que é sedentário, mas diz saber que faz mal.
		() (0,5)	Refere claramente que é sedentário, mas ressalta que quer modificar o comportamento e não consegue.
		() (0,75)	Refere que às vezes é sedentário, mas é raro.
		() (1,0)	Afirma ter cuidado extremo com o sedentarismo.
ENFRENTAMENTO EFICAZ DO ESTRESSE	0,5	() (0,0)	Refere claramente que se estressa com muita facilidade e conta isto como sem importância.

		() (0,12)	Refere claramente que se estressa com muita facilidade, mas diz saber que faz mal.
		() (0,25)	Refere claramente que se estressa com facilidade, mas enfatiza que quer modificar o comportamento e não consegue.
		() (0,37)	Refere que às vezes se estressa, mas é raro.
		() (0,5)	Afirma ter cuidado extremo com o estresse.
USO ADEQUADO DO MEDICAMENTO	1,5	() (0,0)	Refere claramente que não toma o medicamento e menciona isto como sem importância.
		() (0,25)	Refere claramente que não toma o medicamento, só quando a pressão sobe.
		() (0,5)	Refere claramente que tem dificuldade em tomar o fármaco corretamente pelos seus efeitos colaterais.
		() (1,0)	Refere que às vezes se esquece de tomar o remédio, mas é raro.
		() (1,5)	Afirma ter cuidado extremo com o horário e forma de tomar os medicamentos.
COMPARECIMENTO ÀS CONSULTAS/ PERÍODO EM QUE SÃO MARCADAS NA UBSF	0,5	() (0,0)	Refere claramente que vai à consulta somente quando passa muito mal.
		() (0,12)	Refere claramente que vai à consulta somente quando a pressão sobe.
		() (0,25)	Refere claramente que falta às consultas, mas diz que quer modificar tal comportamento e não consegue.
		() (0,37)	Refere que às vezes falta à consulta, mas é raro.
		() (0,5)	Afirma ter cuidado extremo com o comparecimento às consultas.
CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL (PA)	3,0	() $\geq 180 \times 110$ (0,0)	
		() $160-179 \times 100-109$ (1,0)	
		() $PAS \geq 140$ e $PAD < 90$ mmHg (1,0)	
		() $140-159 \times 90-99$ (1,5)	
		() $130-139 \times 85-89$ – Normal limítrofe (2,0)	
		() $\leq 130 \times 85$ mmHg – Pressão normal (3,0)	
TOTAL	10,0	X =	

X = 10 = Paciente ideal

X ≥ 7 e ≤ 9 = Não-adesão leve

X ≥ 5 e < 7 = Não-adesão moderada

X ≥ 3 e < 5 = Não-adesão grave

X ≥ 0 e < 3 = Não-adesão gravíssima

ANEXO III - RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (Agentes anti-hipertensivos)

Portaria nº 1.587, de 03 de setembro de 2002.
D.O. de 05/09/2002

B - MEDICAMENTOS POR GRUPOS ANATÔMICOS

B 1 - CARDIOVASCULAR

B 1.3 - Anti-hipertensivos

B 1.3.1 - Bloqueadores adrenérgicos

Metildopa

comprimido revestido 250 mg

Metoprolol, succinato ou tartarato

comprimido 50 mg

Propranolol, cloridrato

comprimido 40 mg

comprimido 80 mg

B 1.3.2. Bloqueadores de canal de cálcio:

Nifedipina

comprimido liberação controlada 20 mg

Verapamil, cloridrato

comprimido 40 mg

comprimido 80 mg

B 1.3.3. Diuréticos

Espironolactona

comprimido 25 mg

Hidroclorotiazida

comprimido 25 mg

B 1.3.4. Inibidores da enzima conversora da angiotensina:

Captopril

comprimido 25 mg

Enalapril

comprimido 5 mg

comprimido 20 mg

B 1.3.5. Vasodilatadores

Hidralazina, cloridrato

comprimido 25 mg

solução injetável 20 mg/mL (H)

Nitroprussiato de sódio

pó para solução injetável 50 mg (H)

CONVENÇÕES

(H) Uso hospitalar, compreendendo emprego de medicamentos em pacientes internados ou em pacientes ambulatoriais que necessitam de atendimento especializado ou ainda quando a administração implique risco à saúde.

ANEXO IV – PROCEDIMENTO DE MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006)

Preparo do paciente para a medida da pressão arterial

1. Explicar o procedimento ao paciente
2. Repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo
3. Evitar bexiga cheia
4. Não praticar exercícios físicos 60 a 90 minutos antes
5. Não ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não fumar 30 minutos antes
6. Manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado
7. Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito
8. Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido
9. Solicitar para que não fale durante a medida

Procedimento de medida da pressão arterial

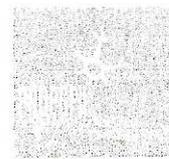
1. Medir a circunferência do braço do paciente
2. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço
3. Colocar o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital, cerca de 2 a 3 cm
4. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial
5. Estimar o nível da pressão sistólica (palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto antes da medida)
6. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva
7. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica
8. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mmHg por segundo)
9. Determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é um som fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação
10. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff)
11. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa
12. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero
13. Esperar 1 a 2 minutos antes de novas medidas
14. Informar os valores de pressão arterial obtidos para o paciente
15. Anotar os valores e o membro

ANEXO V – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UECE

Universidade Estadual do Ceará
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Av. Paranjana, 1700 Campus do Itaperi CEP. 60.740-000 Fortaleza-Ce
Fone: 3299.2790 E-mail: cep@uece.br



Fortaleza (CE), 06 de setembro de 2007

Título: “Idosos em tratamento farmacológico anti-hipertensivo: foco do cuidado de enfermagem.

Processo Nº. 07290341-4

Interessado: Célida Juliana de Oliveira

Orientadora: Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira

PARECER

O objetivo do estudo é avaliar idosos em tratamento anti-hipertensivo com vistas a subsidiar o cuidado de Enfermagem a esse grupo. O estudo será do tipo descritivo, transversal, com natureza quantitativa e será realizado junto a um grupo de idosos, vinculado à Secretaria de Assistência Social e à Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza/CE. O grupo tem duas reuniões semanais, com duração média de duas horas e conta com cerca de 150 idosos cadastrados, procedentes de vários bairros da Secretaria Executiva Regional VI, da Prefeitura Municipal de Fortaleza, tais como Boa Vista, Dias Macedo, Castelão, Passaré, entre outros. A população a ser estudada será composta por todos os idosos que apresentam alteração na PA, sendo a amostra constituída por aqueles com diagnóstico médico de hipertensão e estiverem em tratamento farmacológico para tal enfermidade. A amostra ainda deve atender aos seguintes critérios de: estar consciente e orientada durante a coleta de dados; ter o diagnóstico médico de hipertensão arterial há pelo menos um ano; estar em tratamento medicamentoso para hipertensão arterial, pelo menos há seis meses; e comparecer a pelo menos uma reunião do grupo, durante o período da coleta de dados. A coleta de dados se dará de setembro a outubro de 2007 e ocorrerá no espaço do salão do idoso, durante as reuniões do grupo. Num primeiro momento, será investigado qual o esquema terapêutico adotado por cada idoso integrante da pesquisa, em relação ao tipo de medicamentos diferentes em uso, além da dosagem e posologia de cada droga. A seguir será instituído um formulário, onde serão avaliadas as reações medicamentosas adversas das drogas utilizadas, agrupadas por categorias e relatadas pelos idosos, além da opinião dos mesmos em relação à severidade dessas reações. Também será aplicada a tabela de risco coronariano (ANAC, 2007) no primeiro encontro com o idoso. Esses dados também serão obtidos durante as reuniões do Salão do Idoso. Os idosos poderão ser entrevistados em seus domicílios, caso haja necessidade e, após o seu consentimento. Numa terceira fase, será identificado o real seguimento terapêutico de cada idoso, utilizando-se de uma escala de adesão terapêutica. A partir da identificação das dificuldades/problemas/situações vivenciadas pelos idosos, tecnologias leves de cuidados poderão ser desenvolvidas, no intuito de favorecer o seguimento medicamentoso no tratamento da hipertensão.

O referido projeto é relevante e de interesse para as instituições envolvidas (A UECE é a instituição responsável pela pesquisa, tratando-se de projeto de pesquisa do Curso de

Mestrado em Cuidados Clínicos, e a Secretaria Executiva Regional VI, da Prefeitura Municipal de Fortaleza, o local de aplicação). O orçamento está explícito, em valores monetários, sendo financiado pela pesquisadora, importando em cerca de R\$ 984,00, contendo despesas de custeio e de capital, suportadas pela mesma. O termo de consentimento livre e esclarecido, para as entrevistas, está adequado ao projeto. O projeto está bem estruturado e é relevante havendo retorno para o sujeito e comunidade. O projeto atende aos ditames da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e, portanto, pode ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – CEP-UECE.


Profa. Dra Maria Salete Bessa Jorge
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE