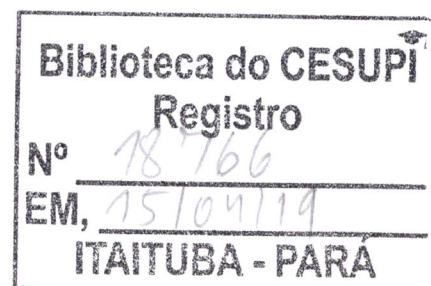




CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA- FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

RICARDO SANTOS ANDRADE

**FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA, UM ESTUDO DE CASO EM ITAITUBA, PARÁ**



Itaituba, PA

2018

RICARDO SANTOS ANDRADE

**FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA, UM ESTUDO DE CASO EM ITAITUBA, PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Enf.^a Esp. Rosângela de Aguiar Rodrigues

Itaituba, PA

2018

FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, UM ESTUDO DE CASO EM ITAITUBA, PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Enf.^a Esp. Rosângela de Aguiar Rodrigues

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Orientadora: _____ Nota: _____

Prof.^a Esp. Rosangela de Aguiar Rodrigues

Avaliador: _____ Nota: _____

Professor

Resultado: _____ Média: _____

Itaituba, PA: 05 de Março de 2018.

*Agradeço a Deus, por todos os milagres
que tens feito por mim, à minha família
em especial aos meus pais Antonio
Andrade e Eunice Andrade, por todo
apoio e amor que me ofereceram. Dedico
– lhes essa conquista como gratidão.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ser essencial em minha vida, Meu protetor, meu guia, meu pai eterno sempre presente em todos os momentos.

Aos meus pais, pela confiança e incentivo que tanto me ajudaram, agradeço a minha mãe Eunice Andrade que sempre me apoiou, me incentivando nas horas difíceis, de desânimo e cansaço. Ao meu pai Antonio Andrade que sempre me falou palavras bonitas de incentivos e de Deus, onde para mim foi muito importante, aos meus irmãos que também contribuíram com esse grande sonho. Aos meus tios Odineia Andrade e José Gomes por não ter deixado que eu trancasse a faculdade nas horas de sufoco, por terem cuidado de mim e me dado moradia por muitos anos, aos tios Edilson Andrade e Francisca pelo apoio com a internet e comida quando não tive condições de fazer em casa, a toda minha família o meu muito obrigado.

Aos meus vizinhos Ilário, Maria e seus filhos que tanto cuidaram de mim e minha casa quando estive ausente, dando total apoio.

Ao Exército Brasileiro querida instituição que trabalho, na qual me proporcionou condições para pagar a faculdade, e que também tenho orgulho em servir. A cada comandante do pelotão de manutenção e transporte que colaborou sem medir esforços na minha liberação para estágio, a todos os meus companheiros de trabalho em especial ao R. pinheiro, Lenno Pimentel e Sargento Nilson que tanto apoiaram na minha liberação e entenderam o meu lado.

Aos meus colegas de classe que fizeram parte da minha formação, só tenho a dizer que amo a todos eles e que muito me incentivaram nessa caminhada.

A minha Orientadora Rosângela de Aguiar Rodrigues, pelo incentivo, apoio, confiança e instrução nesta etapa tão importante da minha vida.

Enfermagem é a arte de cuidar incondicionalmente, é cuidar de alguém que você nunca viu na vida, mas mesmo assim, ajudar e fazer o melhor por ela. Não se pode fazer isso apenas por dinheiro... Isso se faz por e com amor!

“Angélica Tavares”

RESUMO

Nessa reflexão, tem a seguinte pergunta problema: Qual o conhecimento dos idosos acerca dos fatores de risco associados a hipertensão? Nessa perspectiva, essa pesquisa teve como objetivo avaliar o conhecimento dos idosos atendidos na UBS Edson Botelho acerca da hipertensão arterial sistêmica. A metodologia utilizada foi uma pesquisa de levantamento, com perguntas aplicadas através de um questionário. Os dados alcançados nessa pesquisa mostram em sua maior totalidade que são do sexo feminino, casados, com baixa escolaridade e tendo uma renda per capita de um salário mínimo. Esse panorama reflete no estilo de vida adotado de cada um tendo consequências na intensidade da patologia e suas consequências, exatamente pela falta de conhecimento, este contexto é afirmado, pois aos entrevistados quando questionados sobre qual o conhecimento da referida patologia, informam um conhecimento empírico e superficial sobre hipertensão arterial, e ressaltam que a mesma é uma doença perigosa, que pode matar. Com relação à motivos que os impeçam de realizar o tratamento, 60% dos entrevistados afirmam que sim, sendo destacados: a própria falta de conhecimento sobre a patologia, ou problemas relacionados em alguns casos aos grandes números de medicações, esses fatores contribuem para o não sucesso ou prosseguimento deste tipo de tratamento. Diante do exposto, torna-se necessário, desenvolver estratégias na assistência de enfermagem para que ocorra uma comunicação efetiva entre equipe-hipertenso-família, com intuito de aumentar o conhecimento da população sobre a HAS, bem como a importância do seu tratamento.

Palavras- Chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Idoso. Enfermeiro.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a non-transmissible chronic disease that has arisen through complexes and etiological aspects. Its main symptom is the elevation of blood pressure resulting from increased arteriolar resistance and decreased capacity of the nervous system. associated with trophic phenomena, hormonal metabolic alterations, and several risk factors such as; sedentary lifestyle, smoking, alcoholism, heredity. In recent years, arterial hypertension stands out as one of the most important public health problems, characterized as silent asymptomatic and almost always its diagnosis is late, when symptoms present in most cases are associated with target organs, which causes us individuals physical dependence and functional impairment. In this reflection, you have the following question: What is the knowledge of the elderly about the risk factors associated with hypertension? In this perspective, this research had as objective to evaluate the knowledge of the elderly attended at UBS Edson Botelho about systemic arterial hypertension. The data obtained in this research show that they are mostly female, married, with low schooling and having a per capita income of a minimum wage. This panorama reflects in the adopted lifestyle of each one having consequences in the intensity of the pathology and its consequences, precisely because of the lack of knowledge, this context is affirmed, because the interviewees when asked about the knowledge of said pathology, inform an empirical knowledge and hypertension, and stress that it is a dangerous disease that can kill. Regarding the reasons that prevent them from carrying out the treatment, 60% of respondents affirm that yes, being detached: their own lack of knowledge about the pathology, or problems related in some cases to the large numbers of medications, these factors contribute to the success or continuation of this type of treatment. In view of the above, it is necessary to develop strategies in nursing care so that an effective communication between team-hypertensive-family occurs, in order to increase the population's knowledge about SAH, as well as the importance of its treatment.

Key words: Systemic Arterial Hypertension. Elderly.Nurse

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Sequência para aferição da pressão arterial	28
Quadro 2	Conhecimento dos participantes referentes à hipertensão arterial sistêmica	39
Quadro 3	Relatos dos participantes quanto ao tempo de Diagnostico de Hipertensão Arterial	40
Quadro 4	Relatos dos participantes sobre atividades educativas da UBS liberdade.....	45
Quadro 5	Relatos dos participantes sobre o atendimento da equipe de saúde da ubs liberdade.....	47
 Tabela 1	 Identificação dos participantes hipertensos na UBS Liberdade do Município de Itaituba, PA.....	 37

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Afirmação dos participantes sobre os medicamentos usados.....	41
Gráfico 2	Afirmação dos participantes sobre se existe motivos que os impede de fazer o tratamento.....	42
Gráfico 3	Relatos dos participantes sobre problemas de saúde.....	43
Gráfico 4	Relatos dos participantes sobre complicações crônicas.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral
DASH – Abordagens Dietéticas para parar a Hipertensão
DCV – Doença cardiovascular
ECA – Enzima Conversora De Angiotensina
F – Feminino
Fund. - Fundamental
HAS – Hipertensão arterial sistêmica
IMC – Índice de massa corporal
M - Masculino
MAPA – Monitorização ambulatorial da Pressão Arterial
Med. – Médio
mmHg – Milímetros De Mercúrio
MRPA – Monitorização Residencial Da Pressão Arterial
P - Paciente
PA – Pressão Arterial
PAD – Pressão Arterial Diastólica
PAS – Pressão Arterial Sistólica
SBC – Sociedade brasileira de cardiologia
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
UBS – Unidade Básica de Saúde
Vigitel - Vigilância de fatores de risco de proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1 CONCEITO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	15
2.2 PRINCIPAIS FATORES DE RISCO.....	19
2.2.1 Obesidade.....	20
2.2.2 Alimentação.....	21
2.2.3 Alcoolismo.....	22
2.2.4 Tabagismo.....	23
2.2.5 Sedentarismo.....	23
2.3 TRATAMENTO.....	25
2.3.1 Tratamento medicamentoso.....	27
2.3.2 Tratamento não medicamentoso.....	27
2.4 AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO.....	29
2.5 PROBLEMAS ENFRENTADOS PELO IDOSO NO TRATAMENTO.....	30
2.6 PAPEL DA ENFERMAGEM NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO.....	32
3 METODOLOGIA.....	34
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	34
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	34
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	35
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	35
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	36
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	36
3.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	36
4 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	37
5 CONCLUSÃO.....	48
REFERÊNCIAS.....	50
APÊNDICE.....	59
ANEXOS	62

1 INTRODUÇÃO

Entende-se que esta doença é algo muito sério para sociedade fazendo com que haja uma grande necessidade de realizar esta pesquisa, trazendo benefícios para a população que frequentam a Unidade Básica De Saúde Liberdade. Este projeto apresenta 3 capítulos respectivos sendo eles: Abordagem, Tratamento e Metodologia.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença multifatorial, crônica não transmissível que surgiu por meio de complexos e aspectos etiológicos, sendo seu principal sintoma a elevação da pressão arterial que é resultado do aumento da resistência arteriolar e a diminuição da capacidade do sistema nervoso e, está associada a fenômenos tróficos, alterações metabólicas hormonais, e diversos fatores de risco como: sedentarismo, tabagismo, etilismo e hereditariedade (CHAVES *et al.*, 2006).

As doenças relacionadas a pressão arterial são as grandes culpadas pelo alto número de internações hospitalares, sendo a insuficiência cardíaca a principal causa, por ser também duas vezes mais frequentes que as internações por acidente vascular cerebral (BRASIL, 2006).

SANTOS *et al.* (2012) reforçando o exposto, diz que a hipertensão arterial sistêmica, pode ser uma das principais causas de doenças cardiovasculares, que traz o incorreto desempenho no sistema cardíaco que podem levar a morbidades com lesões em alguns órgãos, e também eleva o custo da hospitalização de pacientes, estima-se que 17,6% das internações se dão por hipertensão.

Além disso, observa-se que durante o ciclo de vida as elevações da pressão sanguínea são observadas, nas pessoas idosas, com grandes perspectivas de gerar a doença, com a idade avançada, acontecem modificações na anatomia e fisiologia cardiovascular, mesmo na ausência de patologias que aumentam a prevalência de pressão sanguínea elevada, cujo aumento também está associado aos hábitos de vida das pessoas (BARRETO; SANTELLO, 2002).

Nessa perspectiva, essa pesquisa teve como objetivo avaliar o conhecimento dos idosos atendidos na UBS Liberdade acerca dos fatores de risco relacionados a hipertensão arterial sistêmica.

Nos últimos anos a hipertensão arterial destaca-se como um dos mais importantes problemas de saúde pública, caracteriza-se como assintomática silenciosa e quase sempre seu diagnóstico é tardio, quando apresenta sintomas na

maioria dos casos estão associados a órgãos alvos, o que causa nos indivíduos dependência física e comprometimento funcional (CUNHA *et al.*, 2012).

Em nosso país, calcula-se que uma boa parte da população tem de encarar a doença, portanto o maior domínio da doença tem diminuído muito, chegando no menor numero de casos em 2012, estudos feitos pela vigilância de fatores de risco de proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – Vigitel 2012, 24% das pessoas tem HAS, e em 2006 esse percentual era de 22,5% ano de realização da primeira pesquisa (BRASIL, 2013).

Nessa reflexão, este estudo será direcionado para obtenção dos seguintes questionamentos: A população idosa atendida na UBS Edson Botelho tem conhecimento da hipertensão arterial? Qual o conhecimento dos idosos acerca dos fatores de risco associados a hipertensão? Quais as dificuldades de adesão do idoso ao tratamento para hipertensão arterial? A equipe de enfermagem tem dado as devidas orientações sobre HAS para os pacientes atendidos na unidade?

Nesse sentido surge uma grande preocupação por parte do enfermeiro e sua equipe com os pacientes hipertensos, e nos últimos anos há uma participação mais ativa que contribua para minimizar as complicações que esta patologia pode causar na população.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONCEITOS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Considera-se pressão arterial alta os seguintes valores, definida como pressão sanguínea sistólica $>$ ou $=$ a 140 mmHg ou pressão sanguínea diastólica $>$ ou $=$ a 90mmHg (LOFRED; TELAOLLI; BASSO, 2003).

Apresentando esses aspectos, a HAS é considerada uma patologia que mais causa óbitos no mundo e têm gerado alto número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JÚNIOR, 2011).

É considerada uma doença muito grave, por causar diversos danos a saúde pública ou até mesmo levar a morte, e por acometer uma grande quantidade da população, sendo na maioria idosos.

Na pesquisa de Socerj (2007), ainda diz que a HAS é conhecida como “assassina silenciosa”, esta situação vai fazendo seus estragos silenciosamente sem que o paciente perceba, sintomas geralmente apresentados à pressão alta como dor de cabeça, vertigens, visão borrada, dificilmente aparecem, a única forma de se diagnosticar HAS é verificando a pressão e tratando-a o mais rápido possível, antes que as implicações sobre os vasos e órgãos nobres se manifestem, por isso é de extrema importância uma boa compreensão sobre a necessidade de avaliar regularmente a pressão, e mais ainda, se houver história familiar de hipertensão arterial.

Segundo estudos feitos por Mion (2006), a hipertensão arterial é uma patologia identificada por níveis tensionais altos ligados a alteração metabólica, hormonais e a fenômenos tróficos, em pessoas idosas, é destacada um dos motivos mais importantes de morbimortalidade prematura, pelo alto domínio e por formar fator de risco relevante para problemas cardiovasculares.

Nesse cenário informativo, Santos e Lima (2008), afirmam que somente metade das pessoas que sofrem de hipertensão sabe que tem a doença, e pelo fato de não apresentarem sintomas, as complicações podem aparecer, fazendo com que boa parte dos casos só conheça sua condição em acontecimentos graves como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral ou insuficiência renal.

Neste sentido vemos que a HAS traz muitos prejuízos a saúde e por ser uma doença silenciosa, dificulta o tratamento, havendo vários fatores que o prejudicam.

E tudo isso relacionado com as condições de vida de cada indivíduo, vem sendo demonstradas em estudos epidemiológicos, exposição ambiental e fatores comportamentais, aos quais, associados aos fatores fixos, levarão a um maior risco de adquirir a doença, bem como na intensidade e prognóstico dos casos (BARRETO; SANTELLO, 2002).

Wilmore e Costill (2001) informam que a intitulação da doença é a forma clínica que refere a condição na qual a pressão encontra-se alterada, ou seja, bem acima dos parâmetros apresentados pelos indivíduos normais, e saudáveis, encontrando-se presente em pessoas com PA igual ou superior a 140x90 mmHg, no Brasil, não há estudos que falam da prevalência da HAS.

Desta forma a HAS é um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, é culpado por 40% das mortes por acidente vascular encefálico, 25% de mortes por doenças arterial coronariana e, com a presença da diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

Dados descrevem sobre a evolução, a HAS pode ser benigna ou maligna, a primeira tem sua evolução de forma lenta, trazendo níveis pressóricos pouco elevados, sem causar lesões nos rins, do coração e do leito arteriolar, já a segunda exibe uma evolução muito rápida, com cifras tensionais muito altas e pressão diastólica acima de 140mmHg com muita frequência, levando a graves complicações de órgãos como; coração, cérebro, olhos e rins, destaca ainda que o valor prognóstico dos níveis tensionais pode ser baixo, tendo como fator mais importante a evolução e também a presença de lesão em órgãos-alvo (PORTO, 2005).

Segundo Lessa (2010) a Hipertensão Arterial primária é caracterizada como a elevação da pressão sanguínea, sem nenhuma causa aparente, colaborando para aproximadamente 90% dos casos e na maioria das vezes observada a partir dos 40 anos de idade, o fenótipo de pressão sanguínea alta na hipertensão primária é resultante das interações que envolvem predisposição genética, consumo de álcool, obesidade e outros fatores de risco, além do mecanismo de regulação dos barorreceptores existe também o sistema simpático, no qual são sensores neurais encontrados nas artérias carótidas internas e aorta que são ativados quando acontece um aumento na PA, sua função é coibir o centro vasomotor tendo como resultado a vasodilatação sistêmica e a diminuição da frequência cardíaca, em

acontecimentos como hipotensão os barorreceptores são inibidos atuando apenas o mecanismo simpático no centro vasomotor.

Outro fator importante para ser mencionado, é declarado por Brasil (2006) que as doenças relacionadas a pressão arterial são as grandes culpadas pelo alto número de internações hospitalares, sendo a insuficiência cardíaca a principal causa, por ser também duas vezes mais frequentes que as internações por acidente vascular cerebral.

Mendes (2008) descreve que, durante o ciclo de vida as elevações da pressão sanguínea são observadas nas pessoas idosas, a possibilidade de desenvolver a hipertensão arterial é de 60%, com a idade avançada, acontecem modificações na anatomia e fisiologia cardiovascular, mesmo na ausência de patologias que aumentam a prevalência de pressão sanguínea elevada, cujo aumento também está associado aos hábitos de vida das pessoas.

Quando o volume de sangue circulante está alto, o mecanismo de trocas líquidas ocorre, ocasionando em uma maior pressão nos capilares e nas artérias estimulando a osmose que é à saída do líquido da circulação para o espaço intersticial diminuindo o volume sanguíneo causando diminuição arterial, este líquido será reestabelecido na circulação por meio do próprio efeito osmótico das proteínas do plasma (LOPES; MORAES, 2010).

Segundo Silverthorn (2003), a força condutora do fluxo sanguíneo por meio do sistema de vasos é decorrente da pressão criada pela contração ventricular, na proporção em que o sangue deixa o ventrículo esquerdo, a aorta e as artérias aumentam-se para acomodá-lo, quando o ventrículo repousa e a válvula semilunar fecha, as paredes arteriais elásticas retornam-se lançando o sangue para frente e para dentro das artérias menores e arteríolas.

O sistema circulatório é constituído de um mecanismo muito extenso para controlar a PA, que é determinada aproximadamente pela relação entre a distensibilidade total da árvore arterial e o volume do débito sistólico, qualquer aspecto da circulação que afete um desses dois fatores afetará também a pressão arterial (TEIXEIRA, 2012; GUYTON, 1998).

É através da liberação dos hormônios que se dá o mecanismo hormonal em suas respectivas glândulas, quando assim acionadas através de outros estímulos, já o mecanismo de regulação renal trabalha associado com o hormonal, sendo que quando ocorre uma diminuição da PA ocorre uma percepção nas células da mácula

densa no rim, onde ativa a liberação da enzima renina na corrente circulatória, esta converte uma proteína plasmática produzida pelo fígado chamada angiotensinogênio que se encontra na forma inativa em angiotensina, a angiotensina I é convertida em angiotensina II, sendo um potente vasoconstritor, através da enzima conversora de angiotensina (ECA) encontrada em vasos de menor calibre dos pulmões (GUYTON, 2008).

A pressão arterial anormalmente alta ou baixa pode indicar um problema no sistema cardiovascular, quando a PA cai muito (hipotensão), a força de propulsão para o fluxo sanguíneo poderá ser ineficiente para superar a oposição da gravidade, nesta circunstância, o fluxo sanguíneo e o suprimento do oxigênio para o encéfalo ficam diminuídos e a pessoa pode ficar confusa ou desmaiar por falta de oxigênio (SILVERTHORN, 2003).

Dentre estes existem outros mecanismos que ajudam na regulação da PA, como mecanismo da sede, sistema linfático e outros, deste modo o organismo tem suas intermediações para o controle da pressão arterial, sendo que os valores pressóricos normais são: Recém Nascido = PAS 90 mmHg / PAD 55mmHg; Adultos = PAS 120mmHg / PAD 80mmHg e Idosos = PAS 150mmHg / PAD 90mmHg, quando o organismo não consegue realizar a homeostase ocorre o problema, trazendo como consequência uma patologia, como a hipertensão arterial (BRASIL, 2010).

De modo geral, os mecanismos neurais por meio do sistema nervoso simpático ativam o centro vasomotor encontrado no bulbo, este leva impulsos nervosos ao longo da medula espinhal para várias cadeias simpáticas, como por exemplo, cardíaca e vascular, estes impulsos enviados levam a vasoconstrição das artérias de menor calibre e arteríolas do corpo, aumentando assim a resistência periférica total o que, por conseguinte aumenta a PA, levando a uma contração dos reservatórios venosos ocasionando no aumento do volume de sangue circulante e também o débito cardíaco (SILVERTHORN, 2010).

2.2 PRINCIPAIS FATORES DE RISCOS

Estudos mostram que diferentes ocorrências são capazes de fazer com que predomine a hipertensão, os fatores de risco podem ser distintos e também classificados em modificáveis e não modificáveis, deste modo, os fatores de risco modificáveis são aqueles que com a mudança de hábito de vida ou alguns cuidados

fundamentais com a saúde podem ser diferentes, fazendo com que modifique os níveis de pressão e assim evitar ou precaver a hipertensão, tendo como alguns exemplos de fatores de risco modificáveis o excesso de peso, sedentarismo, excesso de sais e gorduras, consumo excessivo de álcool e o uso do tabaco (BRASIL, 2010).

Da mesma forma obtemos os fatores de risco não modificáveis, que são aqueles fatores que colaboram para o aparecimento da hipertensão arterial sistêmica em uma escala maior, os mesmos têm como consequência a predisposição hereditária, raça negra, idade bem avançada e indivíduos do sexo masculino, assim, esses fatores aumentam as possibilidades ou risco de aparecimento da hipertensão nas pessoas relacionadas acima (BRASIL, 2010).

2.2.1 Obesidade

Pessoas sedentárias têm maiores chances de desenvolver a doença, comparados aos ativos (BERNADO *et al.*, 2013). O excesso de peso é um fator de risco também para lesões e dor no sistema músculo esquelético, podendo interferir na prática da atividade física (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010).

Quando o assunto é sobrepeso, os achados da maior parte das pesquisas evidenciaram que as pessoas apresentavam alterações do peso, foi comprovado também que a chance de um indivíduo com obesidade ser também portador da patologia é 7, 53 vezes maior que a de um indivíduo com sobrepeso (ARAÚJO *et al.*, 2010).

O excesso de peso acarreta em anormalidades na pressão arterial, e em consequência disso, torna-se mais vulnerável o risco de doenças cardiovasculares, pacientes pré-hipertensos e hipertensos têm uma maior frequência cardíaca, e também um maior débito cardíaco, bem como um diâmetro maior da câmara que se posiciona no ventrículo esquerdo em comparação aos normotensos, o índice é três vezes maior nos hipertensos e duas vezes maior nos pré-hipertensos, em comparação com pessoas normais (NORONHA *et al.*, 2012).

A organização mundial de saúde informou que em 2004 existiam aproximadamente 1 bilhão de pessoas acima do seu peso normal, e 300 milhões dessas pessoas eram consideradas obesas de acordo com os parâmetros normais, no Brasil estima-se que 43% da população está com excesso de peso corporal (SILVA, 2013).

Sempre manter bons hábitos de saúde é fundamental no combate e tratamento á hipertensão, uma maneira bem clara de analisar se o organismo está bem, é considerado como peso saudável o peso relativo, analisado pelo índice de massa corporal ($IMC = \text{peso em kg} / \text{altura}^2 \text{ em m}$) de até 24,9, este método é também usado para adolescentes, contudo, os pontos de corte adequados são ainda objeto de discussão (SICHIERI, 2000).

2.2.2 Alimentação

Segundo Sichieri (2000), manter uma alimentação saudável melhora consequentemente a qualidade de vida das pessoas, as modificações no sentido de uma vida saudável, teriam bons resultados, em relação às doenças crônicas, igual ao causado pela melhoria das condições de saneamento, na diminuição de doenças

A partir dos estudos de Figueiredo e Asakura (2010), foi observado que a principal dificuldade encontrada no tratamento da HAS é a adoção de uma dieta hipossódica, e também foi confirmado o consumo de alimentos industrializados com elevada quantidade de sódio presente na vida dos brasileiros.

Estudos comprovam que o sódio é um dos minerais mais abundantes no organismo além de ser o cátion predominante do líquido extracelular, tem como função a regulação do volume do plasma sanguíneo, ajudando também na condução de impulsos nervosos, nos equilíbrios hídricos, no controle da contração muscular, acidobásico e na permeabilidade celular, por meio da bomba sódio-potássio, e também é absorvido ligeiramente no intestino e transportado para os rins, onde é filtrado e, retorna em quantidades necessárias para o sangue, para manter os níveis de sangue adequados, cerca de 90 a 95%, é eliminado através da urina e o restante na transpiração e nas fezes (WILLIAMS, 1997; KRUMMEL, 2000).

O consumo em excesso do sódio tem sido correlacionado com elevação da PA, o povo brasileiro mostra que sua alimentação é rica em sal, açúcar e gorduras, em contrapartida, em populações com dieta em que se usa pouco sal, como os índios brasileiros Yanomami, não foram registrados casos de hipertensão arterial sistêmica, desta forma o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido apresentado (PEREIRA *et al.*, 2009).

Uma boa dieta, segundo estudos de DASH (Abordagens Dietéticas para parar a Hipertensão), mostrou vantagens no controle da pressão arterial, até mesmo em clientes fazendo uso de anti-hipertensivos, ela destaca o consumo de frutas, verduras, alimentos integrais, leite desnatado, derivados, pequena porção de gorduras saturadas, colesterol, maior quantidade de fibras, potássio, cálcio e magnésio, e relacionada à diminuição no consumo de sal, mostra benefícios ainda mais óbvios, sendo, portanto, vigorosamente recomendada para hipertensos (BARRETO; SANTELLO, 2010).

Devido a estreita relação entre o balanço positivo de sódio e a filtração glomerular, o sal tem papel muito importante na gênese da hipertensão arterial na doença renal nas fases iniciais da redução da filtração glomerular, o balanço de sódio é mantido pelo aumento da PA, chegando a causar naturessa pressórica, em fases mais complexas, a HAS e o aumento de sódio plasmático coincidem (PÓVOA; BOMBIG, 2008).

2.2.3 Alcoolismo

Com relação à ingestão de etanol, dependendo do tipo, quantidade e frequência alteram o efeito e a magnitude dos resultados negativos sobre a pressão do indivíduo, consumir bebidas alcoólicas fora dos horários das refeições tem um efeito muito forte da HAS (BARRETO; SANTELLO, 2002).

O consumo de álcool por longos períodos de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral, na população brasileira o uso em excesso pode promover a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas (PÓVOA; BOMBIG, 2008). Esta relação entre o consumo de grandes quantidades de álcool e a elevação da pressão tem sido relatada em estudos observacionais e com a redução do álcool, conseqüentemente pode reduzir a hipertensão em homens normotensos e hipertensos que fazem o uso do álcool exageradamente (BRASIL, 2006).

É recomendado limitar o consumo de bebidas alcoólicas a, no máximo, 30 g/dia de etanol para homens e 15 g/dia para mulheres ou indivíduos de baixo peso, é aconselhável aos elementos que não se enquadrarem nesses limites o abandono da bebida (SBC, 2007).

2.2.4 Tabagismo

O tabagismo é mais um dos importantes fatores de risco para a mortalidade e morbidade cardiovasculares e está ligado ao risco aumentado de doença arterial periférica, embora não se sabe exatamente os compostos do cigarro que contribuem para a agravação da doença, a nicotina, por exemplo, tem um papel central nos efeitos cardiovasculares do fumo, uma vez que piora a vasodilatação dependente do endotélio e regula a produção dos fatores de crescimento (GOLDMAN; BRAUNWALD, 2000).

Pesquisas mostram que a hipertensão arterial é relativa ao número de cigarros fumados, e que também é dominante mais em mulheres que em homens, estudos realizados por monitorização ambulatorial da pressão (MAPA), mostram que a HAS de hipertensos tabagistas foi consideravelmente mais elevada que em indivíduos não fumantes, levando em conta o importante efeito hipertensivo transitório do fumo, entretanto, os hipertensos que fumam devem ser bastante incentivados a abandonar o cigarro por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específico (BRASIL, 2006).

O fato de fumar um único cigarro aumenta agudamente a PA e também a frequência cardíaca em consequência do estímulo induzido pela nicotina da secreção das catecolaminas, desaparecendo em 15 minutos, recomendando-se que a PA seja medida pelo menos 15 minutos após o paciente ter fumado (GOLDMAN; BRAUNWALD, 2000).

2.2.5 Sedentarismo

A falta de exercícios físicos caracteriza o sedentarismo, provocando perda de flexibilidade articular e colabora no comprometimento de diferentes órgãos do organismo, com isso aumenta-se a ocorrência de várias doenças, dentre elas a hipertensão arterial sistêmica, estes malefícios se ampliam quando o sedentarismo é associado ao tabagismo, em uma pesquisa publicada em 2002, foi verificado que 81,2% dos entrevistados hipertensos não fazem atividade física, cresce a importância de possuir uma vida mais saudável, evitando o fumo, praticando atividade física regularmente, no intuito de combater ou auxiliar no tratamento de pessoas portadoras desta doença (SIMONETTI, 2002).

A partir dos estudos de Figueiredo e Asakura (2010), foi observado que a principal dificuldade encontrada no tratamento da HAS é a adoção de uma dieta

hipossódica, e também foi confirmado o consumo de alimentos industrializados com elevada quantidade de sódio presente na vida dos brasileiros.

Inúmeras são as formas de prevenção, somando com a importância de realizar exercícios físicos aeróbicos que além de trazer privilégios para a saúde, ajudam no controle da pressão arterial, consistindo em modificações no estilo de vida que segundo os estudos de Nobre *et al.* (2013), agem como refletoras e/ou retardatárias da evolução da HAS, sendo, assim, apropriado para todos, independente de serem hipertensos, nessa visão, é correto que quando preservado de maneira frequente e regular, a atividade física permite ao corpo humano aguentar com mais aspectos as necessidades fisiológicas.

Atividade física reduz a ocorrência da patologia, mesmo em pacientes pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV, a influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é variada, no Brasil a HAS foi mais comum entre pessoas com baixa escolaridade, a parcela de ajuda de fatores genéticos para o início da HAS está definida na população, entretanto, não existem, até hoje, variantes genéticas que, possam ser usadas para dizer o risco individual de se desenvolver HAS (BRASIL, 2013).

Os benefícios da prática regular de atividades físicas são oriundos de alguns cuidados e precauções que devem ser respeitados na hora de praticar determinado tipo de exercício; exercícios praticados com grande intensidade e quantidades inadequadas terão complicações adversas dessa prática, colocando em risco a vida dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica, entretanto, as pessoas com hipertensão devem seguir com a lógica gradual da intensidade do exercício físico, atingindo à intensidade moderada que gira em torno de 60% a 80% da frequência cardíaca máxima, como descreve o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Com as grandes tecnologias ocorridas nos últimos anos, foram feitas contribuições para modificar os hábitos de vida de grande parte da população, essas modificações trouxeram vários benefícios, mais colaboraram também para a inatividade física e o aumento do peso corporal (SILVA *et al.*, 2013).

Indivíduos com HAS devem iniciar atividades físicas regularmente, pois além de os níveis normais, também pode reduzir de forma razoável o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral facilitando o controle do peso (BRASIL, 2006).

Por outro lado, a prática das atividades do dia-a-dia como caminhadas por tempo maior que 30 minutos e subir escadas, podem favorecer uma melhor saúde a pessoa, amenizando os riscos das doenças cardiovasculares e, ainda, exercícios ocupacionais com maior gasto de energia estão relacionados com menores taxas de morte por doenças cardiovasculares (BERNARDO *et al.*, 2012).

2.3 TRATAMENTO

O controle da HAS se dá por medidas medicamentosas e não medicamentosas, são constantemente indicadas aos hipertensos, algumas dessas medidas como; a redução do consumo de álcool, o controle da obesidade, dieta equilibrada, a prática de exercícios físicos e, o não uso do tabaco (OLIVEIRA, 2013).

O tratamento se inicia com mudanças no estilo de vida e com o controle dos riscos associados, mesmo com isso, grande parte dos pacientes acabará necessitando de uma ou mais drogas anti-hipertensivas para o controle da PA, a decisão de iniciar um tratamento anti-hipertensivo depende do valor da pressão arterial e do risco cardiovascular, medidas não farmacológicas podem ser usadas por pacientes com hipertensão estágio 1 e baixo risco cardiovascular, podendo aguardar três a seis meses para o uso de fármacos, já os hipertensos em estágio 2 ou 3 ou de alto risco cardiovascular devem começar o anti-hipertensivo o mais rápido possível caso a PA esteja muito alterada (OIGMAN; NEVES; GISMONDI, 2009).

O controle da patologia depende de medidas dietéticas e do estilo de vida e, quando preciso, do uso regular de medicamentos, a HAS é responsável pela causa direta ou indireta da morbidade e mortalidade por doenças do aparelho circulatório, dessa maneira, o estudo e o monitoramento das condições de saúde da população, exclusivamente dos idosos, são ferramentas essenciais para uma formulação equilibrada das políticas de saúde (SILVERTHORN, 2003).

Para indivíduos hipertensos com casos leves, normalmente o tratamento inclui somente um tipo de medicamento geralmente de uso oral e, permitindo também a menor ingestão diária pelos pacientes dependendo da situação clínica de cada pessoa, quando preciso as doses são reguladas e, muitas das vezes é feita uma combinação de medicamentos com o objetivo de manter o controle pressórico, essa associação pode incluir não somente anti-hipertensivos, mas também outros

tipos de medicamentos como, por exemplo, o uso de bloqueadores dos canais de cálcio, diurético tiazídico, inibidores, betabloqueadores e da enzima conversora da angiotensina, de uma forma geral a atenção deve estar voltada para cada paciente e suas particularidades, tendo em consideração o tratamento a idade e a resposta para cada tipo de medicamento (MOCHEL *et al.*, 2007).

A suplementação de potássio traz como vantagem a redução modesta da pressão arterial, e com seu consumo pode ser aumentada de forma considerável a sua ingestão na dieta pela escolha de alimentos pobres em sódio e ricos em potássio, como banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata inglesa, laranja, feijões, ervilha e vegetais de cor verde escuro (SBC, 2007).

Segundo Guedes *et al.* (2011), o tratamento da HAS é contínuo e para o seu sucesso necessita também de boas condições financeiras, por envolver compra de remédios e alimentos diferenciados, já o estilo de vida representa outras dificuldades a serem enfrentadas nestas circunstâncias, porque as pessoas adoecidas precisam modificar seus hábitos alimentares, praticar regularmente atividade física e reduzir o teor de sal e de gordura, cuja adoção dessas mudanças necessita de persistência e determinação.

O sucesso no tratamento para Passos *et al.* (2006) se dá no fato de acompanhar o hipertenso, os profissionais da saúde devem acompanhar sempre o idoso, procurando sempre a resposta ao tratamento e os efeitos adversos, estimulando-o a participar de ações educativas, nas quais ele poderá conhecer melhor sobre a doença, o tratamento e os riscos e benefícios relacionados, operações educativas proporcionam também a equipe de saúde conhecer melhor seu paciente e tratar de forma mais eficiente (SANTOS, 2012).

Em muitas das vezes, a hipertensão arterial é diagnosticada após se constatar valor pressórico alto em, no mínimo, duas consultas médica, o diagnóstico é feito, no mínimo, em duas medidas adequadas em pelo menos duas visitas em diferentes dias, uma das maiores dificuldades de se obter um bom diagnóstico é devido ao descuido na prática clínica, pois só aferir a pressão arterial não nos dá um correto diagnóstico, é preciso aferir três vezes em 21 momentos diferentes do dia, é necessário que o paciente esteja em ambiente tranquilo e relaxado, sendo que o procedimento estabelecido para o diagnóstico e prognóstico da doença, o correto é aferição da Pressão Arterial (NOBRE *et al.*, 2013).

2.3.1 Tratamento Medicamentoso

O tratamento medicamentoso deve ser eficaz por via oral sendo administrado a menor quantidade de tomadas diárias possíveis, de preferência para dose única diária, com dosagem indicada para cada caso clínico, aumentando gradualmente, afim de evitar efeitos adversos (MOCHEL *et al.*, 2007).

A não aderência ao tratamento medicamentoso é um problema muito comum em pacientes idosos e, é uma das principais causas do descontrole da PA, alguns fatores interferentes da não adesão à terapêutica são a baixa compreensão da doença, o enorme número de medicamentos usados pelos idosos, as cansáveis tomadas diárias e alguns efeitos colaterais (MIRANDA *et al.*, 2008).

Barreto e Cardoso (2008) afirmam que os diuréticos são um grupo de medicamentos que agem diretamente no rim com a finalidade de aumentar a excreção de sódio, através de mecanismos que evitam a reabsorção fracionada deste íon nos túbulos renais, aumentando também o volume e o grau de diluição da urina, sendo estes os mais usados pela população.

Os vasodilatadores agem sobre a musculatura da parede vascular, trazendo o relaxamento muscular com consequente vasodilatação e diminuição da resistência periférica e, pela vasodilatação arterial direta, não sendo recomendado o uso como monoterapia, também são utilizados em associação a diuréticos ou betabloqueadores (SBC, 2007).

A dose do medicamento deve ser elevada até o máximo possível caso a pressão arterial não atinja os resultados esperados e, se ainda assim os resultados não forem atingidos, uma ou mais classes de drogas podem ser combinadas entre si desde que esteja comprovado bons resultados desta medicação na redução do risco de doenças cardiovasculares (MENDES, 2012).

2.3.2 Tratamento Não Medicamentoso

Pesquisas mostram que o treino do controle de stress pode ser usado como um fator primordial no controle da PA em pessoas consideradas hipertensos leves e moderados (ARAÚJO, 2006).

A hipertensão arterial em idosos associa-se a elevações nos sistemas cardiovasculares, com diminuição da sobrevida e piora na qualidade de vida, caracteriza-se que o tratamento nesta faixa etária, melhora aceitavelmente o estado

de saúde, as alterações no estilo de vida apresentam bons resultados, desde que bem orientadas, principalmente, se por equipe especializada, para idosos, a combinação de terapias apresenta-se como uma necessidade capaz de melhorar a aceitação e eficácia, como diminuição de efeitos colaterais (MIRANDA *et al.*, 2002).

Uma importante fonte alimentar de sódio é o cloreto de sódio, o sal comumente usado na cozinha, nos temperos e no processamento de alimentos, o sódio é um dos minerais mais abundantes no organismo e é o cátion principal do líquido extracelular, pois tem como função regular o volume do plasma sanguíneo ajudando também na condução de impulsos nervosos, nos equilíbrios hídricos, no controle da contração muscular, acidobásico e na permeabilidade celular, por meio da bomba sódio-potássios (WILLIAMS, 1997; KRUMMEL, 2000).

Falando sobre os benefícios que a atividade física traz para saúde, destacam-se as mesmas para o controle da hipertensão, entretanto tendem a caracterizar um momento qual nosso organismo em prática sai da homeostase, ou seja do equilíbrio, consequência do aumento da necessidade de energia pelas musculaturas exercitadas, desta forma, sofrendo alterações em nosso organismo conforme o tipo de atividade física praticada (BRUM, 2004).

Araújo (2006) descreve bons resultados do exercício dinâmico de leve e moderada intensidade na diminuição da PA em hipertensos, mas para chegar a um resultado satisfatório, faz-se necessário o acompanhamento de profissionais especializados.

Modificações nos hábitos de vida como reduzir a quantidade de sal na hora de preparar os alimentos, não deixar o saleiro à mesa, diminuir o uso de alimentos industrializados como; enlatados, conservas, frios, embutidos, temperos, molhos prontos e salgadinhos; consumir frutas, verduras e cereais integrais na dieta diária; comer alimentos com teor de gordura reduzido, controlar o consumo de álcool e cigarro e praticar atividades físicas podem prevenir ou reduzir o aumento da PA (ZAITUNE *et al.*, 2006).

As mudanças de hábito de vida do paciente com hipertensão são eficientes em diminuir os níveis pressóricos e o risco cardiovascular com baixo custo financeiro e poucos riscos, entretanto seja difícil modificar os hábitos de vida, todos os pacientes deveriam ser incentivados a adotar bons hábitos de vida, outro importante fator que observamos no controle da Pressão Arterial, está associado com a mudança de vida do paciente hipertenso (GALVÃO; KOHLMANN, 2009).

2.4 AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO

Conforme Schmidt *et al.* (2004), a aferição da PAS pode ser feita por método direto ou indireto, a PA direta é feita de maneira invasiva diante a introdução de um cateter na artéria periférica, fazendo com que sua quantificação seja continuamente, batimento a batimento, a medida direta da PA é mais utilizada para situações em que essa variável mostra valores muito baixos, como acontece, por exemplo, nos estados de choque circulatório, a medida indireta da PA pode ser realizada, utilizando-se diversas técnicas, sendo aquela feita com o esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneroide, são cinco etapas da medida indireta.

Quadro 1- Sequência para Aferição de Pressão Arterial.

ETAPAS	DESCRIÇÃO DAS ETAPAS
Primeira	Observa-se o aparecimento do primeiro som, que se caracteriza por batidas progressivamente mais fortes, diferentes e de alta frequência, compara-se com o nível da pressão sistólica.
Segunda	Nessa hora, o som obtém características de zumbido e sopro, capaz de ocorrer sons de pouca frequência que provavelmente apontam o hiato auscultatório.
Terceira	Sons limpos e fortes.
Quarta	Abafamento dos sons concordando ao momento próximo a ausência deles.
Quinta	Ausência total dos sons corresponde com a pressão diastólica.

Fonte: (SCHMIDT *et al.*, 2004).

Segundo Schmidt *et al.* (2004), entre os fatores que podem modificar a medida da PA, engloba-se aqueles referentes ao ambiente, ao equipamento, ao observador e ao cliente, o ambiente ideal para medida da PA deve ser calmo, sem barulho e com temperatura agradável.

Um mal diagnóstico pode levar a prescrição do tratamento desnecessária ou prejudicial à saúde dos pacientes, levando em consideração que qualquer número para-se definir pressão normal ou elevada é desnecessário, e toda classificação pode ser defeituosa, como descreve o mesmo, necessita-se da definição de

determinados valores, com a ideia de sistematização, ainda que atualmente se conheçam os parâmetros dos níveis sistólico e diastólico como principais valores de risco para o aparelho cardiovascular estimado para a definição de hipertensão arterial os níveis da pressão sanguínea (PORTO, 2005).

Os sintomas mais comuns da hipertensão são os altos níveis pressóricos, trazendo desconforto físico ao paciente, tais como fadiga, tremores palpitações, formigamentos nos membros superiores e inferiores, cefaleia e visão turva, que podem culminar em um acidente vascular cerebral, causando sequelas irreversíveis (RIBEIRO; LOTUFO, 2005).

2.5 PROBLEMAS ENFRENTADOS PELO IDOSO NO TRATAMENTO

Segundo estudos dos pacientes que não seguem as recomendações de mudanças no estilo de vida e hábitos insatisfatórios, dificilmente irão ter uma boa recuperação durante o tratamento da HAS, a não aderência ao tratamento medicamentoso ou dietético é um problema a ser resolvido por todos os profissionais na área da saúde, pois os custos e os riscos são altos caso não haja o controle adequado da pressão (JARDIM; JARDIM, 2006).

Em nosso país, a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo pode ser avaliado pela importância dos acidentes vasculares encefálicos como causa de morte, portanto a adesão ao tratamento adequado da HAS poderia reduzir esta mortalidade como aconteceu em outros países (BLOCH *et al.*, 2008).

Acredita-se que um dos motivos de não aderir ao tratamento é principalmente por falta de informação adequada sobre a doença, além disso, a modificação de hábitos, que é essencial para o sucesso do tratamento, ainda é uma opção não muito utilizada pelos hipertensos, e muitos começam o tratamento de forma correta, mais desistem ou fazem o pela metade, e não como foi recomendado (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Estudos realizados no Brasil mostram que cerca de 46% dos idosos hipertensos, contam que interromperam o tratamento por conta própria, nos Estados Unidos 50% das pessoas acometidas pela doença param o tratamento antes do primeiro ano de terapia (FUNG *et al.*, 2007).

A hipertensão arterial sistêmica é um grande problema, por ser uma doença desconhecida por muitos pacientes e ter seu tratamento negado por pessoas que conhecem o diagnóstico, tendo a maior dificuldade de aderir ao tratamento

provavelmente se dá pelo fato de que a enfermidade é assintomática e da necessidade de um tratamento complexo (SILVA; SOUSA, 2004).

Assim, a falta de participação ao tratamento consiste em um dos maiores problemas no controle da hipertensão arterial sistêmica, acontecendo em até 40% dos indivíduos com a doença, por vários motivos, amenizar essa proporção constitui-se em um dos maiores desafios no tratamento do hipertenso (SIMONETT; BATISTA; CARVALHO, 2002).

Lessa (2001) descreve que a presença de HAS nos idosos pede mais atenção devido a vulnerabilidade frente às complicações cardiovasculares determinadas não só pela hipertensão, mas por outros fatores de risco que vem se acumulando com o decorrer do tempo.

Estudos comprovam que até a faixa etária de 60 anos a pressão arterial é mais elevada em homens que em mulheres, relata-se que os hormônios ovarianos são responsáveis pela pressão mais baixa nas mulheres (durante o climatério) a prevalência da pressão alta entre homens e mulheres tende a se aproximar com a chegada da menopausa, nas mulheres aparecem cerca de 5 a 10 anos mais tarde que nos homens, o surgimento de ocorrências de moléstias cardiovasculares e, com a chegada da menopausa essa proteção tende a diminuir com a diminuição dos estrógenos, fazendo com que haja uma maior chance de ocorrência de desenvolverem a doença do que nos homens (BLOCH *et al.*, 2008).

Para melhor atendimento da Hipertensão Arterial na população, vale ressaltar que a ela tem uma fisiologia própria ao envelhecimento, pesquisas populacionais apontam que até os 50 e 60 anos de idade, em ambos os sexos aumentam gradualmente tanto o componente sistólico quanto o diastólico da pressão arterial, em todas as raças e etnias, quando então a pressão arterial diastólica começa a baixar, enquanto a pressão sistólica aumenta, estando a pressão arterial associada a maior presença de eventos cardiovasculares (UNGER; PARATI, 2005).

Com a idade avançada das pessoas idosas frequentemente são identificadas múltiplas patologias e precisam fazer uso de mais de um medicamento, ficando suscetível a interações medicamentosas indesejadas que podem trazer algumas consequências e ineficiência do tratamento, os idosos tem fragilidade e vulnerabilidade com o passar do tempo, pois o que vem a ocorrer é uma diminuição das reservas fisiológicas, redução da homeostase, alterações nos mecanismos inflamatórios e imunológicos, presença de comorbidades e utilização de muitos

medicamentos, tem grande importância na vida do idoso e com o decorrer do tempo o funcionamento organismo fica menos do que o normal, o que sugere um cuidado adequado ao uso de fármacos (FREDERICO, 2012).

As lesões deixadas pelo acometimento de algum órgão alvo (coração, rins, cérebro, vaso e artérias) por motivo da não adesão ao tratamento trazem uma grande piora na qualidade de vida do idoso, prejudicando-o até mesmo para tarefas simples do dia a dia, podendo ocasionar elevação dos níveis de stress, quadros depressivos e diminuição da autoestima (GUSMÃO, 2005).

O estudo sobre as doenças crônicas principalmente a hipertensão arterial deve ser intensivo, pois ajuda no tratamento do idoso, é indispensável que o paciente portador da doença saiba lidar e conviver com ela, muitos autores descreveram a importância sobre o conhecimento da HAS pelo idoso, que com certeza incentivam a eficácia do tratamento, mesmo sendo satisfatório o conhecimento da doença, ainda assim muitos indivíduos contam em aderir ao tratamento e as suas medidas preventivas, por diversos fatores causais, e ao se observar cada indivíduo de forma isolada, constatou-se que muitos dos pacientes hipertensos que faziam tratamento correto tinham ciência de que conviveriam com a doença por toda a sua vida (PUCCI, 2012).

De acordo com os estudos de Silva (2013), conclui-se que os idosos têm conhecimento sobre hipertensão arterial e o tratamento para equilibrar a pressão arterial, contudo, muitos deles não fazem uso da terapêutica de maneira correta, muitos não seguem as recomendações dadas pelo médico ou profissional da saúde, outros acham que a doença pode estar relacionada ao estado emocional e deixam de fazer uso ao medicamento, acreditando que irão ser curadas com poder da mente.

2.6 PAPEL DA ENFERMAGEM NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO

Segundo Silva *et al.* (2008), para manter uma boa operacionalização da estratégia saúde da família, foi preciso estabelecer algumas normas e procedimentos que deixam claro que a assistência dos pacientes deverá ser contínua e com um bom acompanhamento no que diz respeito a saúde da população na área de responsabilidade do profissional, os profissionais de saúde devem atender a família, tornando o ambiente mais saudável e tratando os pacientes com respeito.

Um dos métodos de alcançar estes objetivos é conhecendo a importância da equipe multiprofissional no cuidado à saúde dos idosos, pois a equipe pode contribuir na adaptação da doença e no cumprimento da farmacoterapia e mudanças no estilo de vida, na equipe há diversos objetivos e abordagens com diferentes tipos de ação, consertando a grande limitação no tratamento dos hipertensos, favorecendo a adesão ao programa de atendimento e o tratamento da doença (GIACOMIN *et al.*, 2006).

Visando a diminuição desses problemas, as unidades de atenção básica, desenvolvem programas de prevenção e controle de doenças crônicas, um deles é o hiperdia que tem como objetivo de fazer o atendimento de pacientes com diabetes e hipertensão arterial sistêmica, este programa funciona através de palestras educativas e consultas, também é feito a distribuição de medicamentos, o que ajuda o paciente nos custos do tratamento, e estimula-o a fazer o autocontrole (SILVA *et al.*, 2014).

Sabendo-se da eficiência adotada por meio da prevenção e de medidas de controle disponíveis, a hipertensão arterial continuará, por muito tempo, o que chega a ser uma das maiores dificuldades em saúde e um dos maiores compromissos para os hipertensos e também para a sociedade, tendo sua fama conhecida como assassina silenciosa, sendo assim um desafio para os profissionais da área da saúde e também para a população, pois as pessoas só procuram ajuda médica quando apresentam sinais ou sintomas (SILVA, 2013).

Deve ser realizado de forma completa e convencional o exame físico de um paciente com HAS, por meio deste pode-se esclarecer diversos pontos importantes, como por exemplo, histórico familiar com hipertensos e maus hábitos de vida, principalmente de pacientes jovens, nos deixando em alerta para o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica secundária (LESSA, 2010).

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente projeto se caracteriza por um estudo teórico empírico, pesquisa de levantamento, de característica quanti-qualitativa de natureza descritiva, uma vez que se pretende analisar quais as principais causas da elevação da pressão arterial sistêmica, expectativas e experiências existentes nos pacientes hipertensos.

Ruiz (2011) diz que se trata de uma atividade de pesquisa que usa a quantidade na forma de coleta de informações, que será utilizada para garantir a precisão dos resultados de acordo com as informações colhidas, com uma margem de segurança, reais e concretas, que busca apurar opiniões explícitas e consciente dos entrevistados uma vez que utiliza instrumentos estruturados.

Seu objetivo permite o teste de hipóteses já que os resultados possuem menor possibilidade de erro. Em muitos casos criam-se índices que podem ser comparados ao longo do tempo, permitindo assim, a construção de um histórico da informação ou da situação foco do estudo (MAZZOTTI, 2001).

A abordagem qualitativa é quando se procura entender um fato específico em profundidade, trabalhando com descrições, comparações e interpretações. Sendo um fenômeno em estudo complexo de natureza social e cultural (ALMEIDA, 2005). A delimitação do problema resulta da imersão do pesquisador no contexto que o condiciona, partilhando das experiências e percepções dos sujeitos, tomando por diretriz a questão inicial explicitada, a ser revista, reorientada, a partir do contexto real. O pesquisador é um interpretador da realidade (CHIZZOTTI, 2005).

Ruiz (2011) afirma que o estudo descritivo visa: ressaltar, registrar, avaliar e correlacionar eventos ou acontecimentos sem manipulá-los. A pesquisa utilizará os métodos descritivos, qualitativo, exploratório e quantitativo, na observação dos fatos colhidos na coleta de dados, tal como a partir das respostas do levantamento realizado, buscando um alcance mais profundo dos fatos e das questões propostas, ressaltando a interação entre eles.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Liberdade, que fica localizado na 8ª rua com 7ª travessa do bairro liberdade, foi inaugurado no dia 14 de junho de 2012, pela administração do prefeito Valmir Climaco de Aguiar, Secretário de saúde Higor Lacerda e diretor operacional Antônio Manusuelio de Aguiar, com o

objetivo de atender a população do bairro da liberdade e Bom Jardim. Possui estrutura física ampla, ambiente adequado para desenvolver uma assistência com mais qualidade entre os diversos programas existentes. no prédio onde antes foi instalado o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, sendo este último órgão responsável pela prestação de relevantes serviços a saúde pública do Brasil. Além de instituir diferentes hospitais em cidades ribeirinhas da Amazônia, participou ativamente nas campanhas de erradicação da varíola, e na formação de profissionais da saúde (MAZZOTTI, 2001).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população consultada nesse estudo foram 10 pacientes hipertensos, atendidos na unidade básica de saúde liberdade, com a faixa etária de 34 a 82 anos de idade.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário com dez questões estruturadas sendo duas perguntas abertas e oito perguntas fechadas, formuladas cuidadosamente em torno do tema proposto: Fatores que contribuem para a hipertensão arterial sistêmica nos idosos da unidade básica de saúde liberdade em Itaituba – Pará, analisando os fatores que mais são encontrados para o agravamento da hipertensão arterial, descrevendo sobre a sua patologia e seu tratamento (APENDICE A).

Segundo Marconi e Lakatos (2012), o questionário é o tipo mais comum de técnica de coleta de dados em pesquisa, com objetivo de ser repassados a um grande número de pessoas, totalmente elaborados com clareza, de tal forma que o informante responda com precisão, aos propósitos da pesquisa. Vale ressaltar que é preciso que se esclareça do que se trata o questionário e perguntas que serão feitas, objetivos, além de esclarecer para as mesmas que irão responder o questionário de seu direito ao sigilo de nomes, e da ética envolvida no questionário.

Quanto à identidade das participantes, estas foram denominadas em P1 a P10 de acordo com a realização da entrevista, para garantir o anonimato de seus nomes ou as informações que indiquem as suas participações. A participação no estudo não acarretou custos ou gerou qualquer tipo de compensação financeira adicional.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Obtidas as informações necessárias na coleta de dados do questionário, iniciou-se o processo de análise do material de campo. Com base em Minayo (1992), existem quatro finalidades para esta fase: formar uma concepção dos dados colhidos, confirmar ou não as suposições da pesquisa, responder às questões estabelecidas e desenvolver o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao assunto de que faz parte.

Dessa forma, foi feita a conferência dos dados obtidos das 10 perguntas, separando-as em tabelas e gráficos que foram obtidos através do programa (Excel 2010) destacando: a idade, qual problema impedi no tratamento, qual tipo de medicamento é usado, e exposição das falas dos hipertensos, para melhor compreensão dos resultados.

Assim sendo, pretendeu com a construção desse projeto acerca do tema abordado no intuito de trazer resultados positivos para toda a comunidade envolvida no processo da pesquisa.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foram esclarecidas as condições da pesquisa e diante do exposto ficou claro o objetivo do trabalho, sendo informado que os dados obtidos seriam somente para a pesquisa, e as informações, não trará nenhum risco ou prejuízo, ficando guardado somente com a pesquisadora. Nessa pesquisa todos os participantes leram o termo de consentimento e livre esclarecimento e assinaram levando consigo uma cópia.

3.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Inclusão: Pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica.

Exclusão: Pacientes não hipertensos ou quando demonstraram vontade em não participar da pesquisa.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta os resultados dos dados coletados através da aplicação do instrumento de pesquisa junto aos pacientes Hipertensos que participaram deste estudo. Após a leitura criteriosa dos questionários os dados foram tabulados, analisados e apresentados sob a forma de tabela e gráficos, que visou responder aos objetivos propostos na pesquisa.

A primeira análise foi à caracterização dos pacientes, conforme tabela 01 a seguir:

Tabela 01: Identificação dos participantes hipertensos na UBS Liberdade do Município de Itaituba, PA. S, para sujeito entrevistado. F, para feminino e M, masculino. E, escolaridade dos sujeitos. Fund. Fundamental. Med. Médio. Sal. Salário.

S	Idade	Sexo	E	Estado Civil	Religião	Renda	Profissão
P1	82	M	Fund. incompleto	Viúvo	Católico	1 sal. mínimo	Aposentado
P2	67	F	Fund. incompleto	Casada	Evangélica	4 sal. mínimo	Aposentada
P3	34	F	Fund. incompleto	Casada	Católico	2 sal. mínimo	Dona de casa
P4	60	F	Fund. incompleto	Divorciada	Católico	1 sal. mínimo	Dona de casa
P5	35	F	Fund. incompleto	Casada	Evangélica	1 sal. mínimo	Dona de casa
P6	73	F	Fund. incompleto	Solteira	Evangélica	1 sal. mínimo	Dona de casa
P7	54	F	Fund. incompleto	Solteira	Evangélica	1 sal. mínimo	Aposentada
P8	57	F	Fund. incompleto	Solteira	Católico	2 sal. mínimo	Autônoma
P9	67	M	Fund. incompleto	Casado	Católico	1 sal. mínimo	Aposentado
P10	50	F	Med. incompleto	Casado	Evangélico	1 sal. mínimo	Dona de casa

Observa-se na tabela 01, que a idade dos participantes tem em média 57 aos e 09 meses de idade, sendo a idade menor 34 anos e a idade maior 82 anos, na amostra tem dois participantes do gênero masculino e oito femininos, a maioria dos participantes possuem escolaridade com o ensino fundamental incompleto. Com relação ao estado civil, a maioria é casada; Religião: evangélicos/católicos, com renda de 01 salário mínimo e profissão dona de casa.

Mendes (2008) descreve que durante o ciclo de vida as elevações da pressão sanguínea são observadas, nas pessoas idosas, a possibilidade de desenvolver a hipertensão arterial é de 60%, com a idade avançada, acontecem modificações na anatomia e fisiologia cardiovascular, mesmo na ausência de patologias que aumentam a prevalência de pressão sanguínea elevada, cujo aumento também está associado aos hábitos de vida das pessoas.

Segundo Guedes *et al.* (2011), o tratamento da hipertensão arterial sistêmica é contínuo e para o seu sucesso necessita também de boas condições financeiras, por envolver compra de remédios e alimentos diferenciados, já o estilo de vida representa outras dificuldades a serem enfrentadas nestas circunstâncias, porque as pessoas adoecidas precisam modificar seus hábitos alimentares, praticar regularmente atividade física e reduzir o teor de sal e de gordura, cuja adoção dessas mudanças necessita de persistência e determinação.

Exercícios físicos diminuem a ocorrência da doença, mesmo em pessoas pré- hipertensos, assim como mortalidade e o risco de doença cardiovascular, a influência do nível socioeconômico no caso da hipertensão arterial sistêmica é composta e difícil de ser definida, no Brasil a hipertensão arterial sistêmica foi mais comum entre pessoas com pouca escolaridade, a fração de ajuda de motivos genéticos para o início da hipertensão arterial sistêmica está definida na população, entretanto, não existem, até hoje, variantes genéticas que, possam ser usadas para dizer o risco individual de se desenvolver hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013).

Diante do exposto, foi questionado para os participantes, o conhecimento dos mesmos, sobre a patologia hipertensão arterial (Quadro 02).

Quadro 02 – Conhecimento dos participantes referentes à hipertensão arterial sistêmica. P para paciente entrevistado.

P1	"É uma doença que pode matar"
P2	"É uma doença muito perigosa"
P3	"É uma doença que acaba com agente se não cuidar"
P4	"não sei direito o que é"
P5	"é uma doença que não tem cura"
P6	"É uma doença muito séria e pode matar"
P7	"não conheço"
P8	"é uma doença muito arriscada"
P9	"não sei ti explicar"
P10	"É uma doença perigosa e agente não pode comer sal e muitas outras coisas"

Conforme evidenciado a partir de análises das respostas foi possível observar que essas pessoas têm o conhecimento empírico e superficial sobre hipertensão arterial, e ressaltam que a mesma é uma doença perigosa, que pode matar. A fala do (P10) associa a doença à não ingestão de sal. Três participantes (P4, P7 e P9), informam não saber o que é.

De acordo com os estudos de Silva (2013), conclui-se que os idosos têm conhecimento sobre hipertensão arterial e o tratamento para equilibrar a pressão arterial, contudo, muitos deles não fazem uso da terapêutica de maneira correta, muitos não seguem as recomendações dadas pelo médico ou profissional da saúde, outros acham que a doença pode estar relacionada ao estado emocional e deixam de fazer uso ao medicamento, acreditando que irão ser curadas com poder da mente.

Diante dos relatos apresentados sobre o conhecimento da doença, foi também perguntado quanto ao tempo de diagnóstico da Hipertensão Arterial.

Quadro 03 – Relatos dos participantes quanto ao tempo de Diagnostico de Hipertensão Arterial. P, para paciente entrevistado.

P1	42 anos
P2	27 anos
P3	4 anos
P4	20 anos
P5	15 anos
P6	10 anos
P7	1 ano
P8	12 anos
P9	20 anos
P10	6 anos

Com relação ao tempo/doença, a amostra indica que os participantes são portadores da Hipertensão Arterial em média de 15 anos e 8 meses, sendo que o participante com menor idade tem 04 anos de diagnóstico e o de maior idade tem 42 anos.

Sabendo-se da eficiência adotada por meio da prevenção e de medidas de controle disponíveis, a hipertensão arterial continuará, por muito tempo, o que chega a ser uma das maiores dificuldades em saúde e um dos maiores compromissos para os hipertensos e também para a sociedade, tendo sua fama conhecida como assassina silenciosa, sendo assim um desafio para os profissionais da área da saúde e também para a população, pois as pessoas só procuram ajuda médica quando apresentam sinais ou sintomas, o que dificulta o atendimento e impedindo assim de serem socorridas a tempo, é essencial que mediadas de promoção e prevenção de saúde sejam tomadas por todos os indivíduos, exclusivamente aquelas com histórico de fatores de risco (SILVA, 2013).

Nesse sentido foi questionado para os participantes sobre qual o tipo de medicamento que os mesmos usam para o tratamento de hipertensão. Os dados da amostra são expressos no gráfico 01:

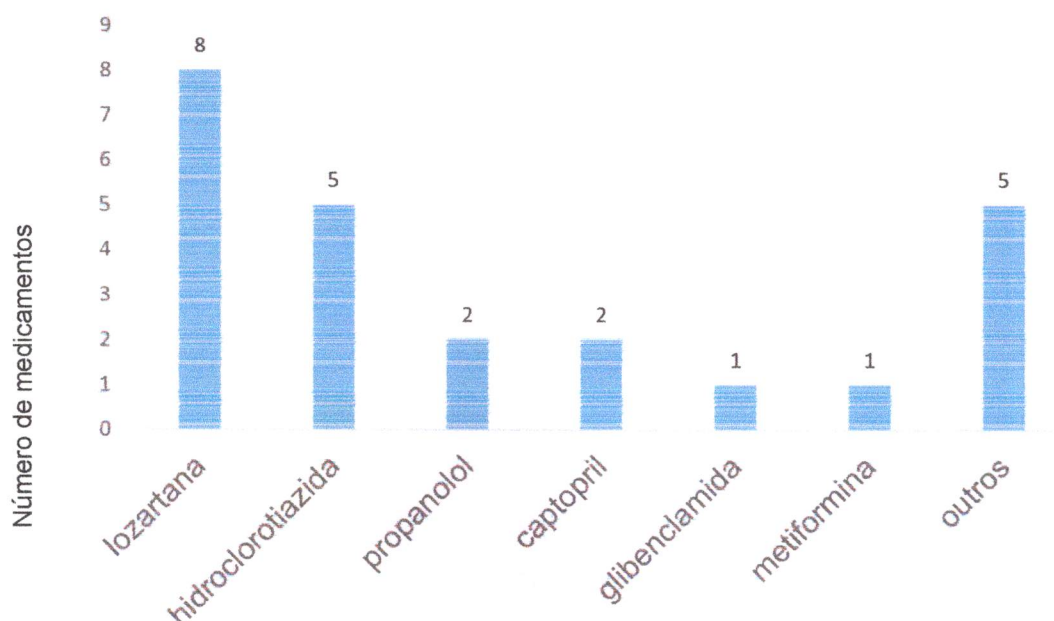


Gráfico 01 – Afirmações dos participantes sobre os medicamentos utilizados no tratamento da hipertensão arterial.

Com base nos relatos obtidos a partir dos questionamentos realizados para os pacientes, foi possível verificar que o tratamento medicamentoso é bastante utilizado por parte deles, sendo que em sua maioria conseguem descrever com facilidade o nome do medicamento a qual fazem uso, uma vez que também podemos observar que a losartana e a hidroclorotiazida, são os mais presentes no dia a dia destes participantes.

A dose do medicamento deve ser elevada até o máximo possível caso a pressão arterial não atinja os resultados esperados e, se ainda assim os resultados não forem atingidos, uma ou mais classes de drogas podem ser combinadas entre si desde que esteja comprovado bons resultados desta medicação na redução do risco de doenças cardiovasculares (MENDES, 2012).

Sendo assim, foi questionado com os participantes dessa pesquisa, se existe algum motivo que impeça a realização do tratamento, e os depoimentos foram demonstrados no gráfico 01.

Os dados coletados demonstram que 60% dos pacientes hipertensos informaram que sim, existe um motivo que os impede de realizar o seu tratamento, e 40% não.

Guedes *et al.* (2011) revela que as dificuldades em mudar o estilo de vida e não seguir a prescrição medicamentosa são os dois maiores motivos para a pobre aderência das pessoas ao tratamento e controle da doença, desta forma o conselho para a população adulta em geral é a prática de atividades físicas por pelo menos meia hora, de forma contínua ou acumulada em pelo menos 5 dias na semana (BRASIL, 2007).

Foi solicitado aos entrevistados para que os mesmos especifiquem quais os motivos que os impede de fazer o tratamento correto. Gráfico 02

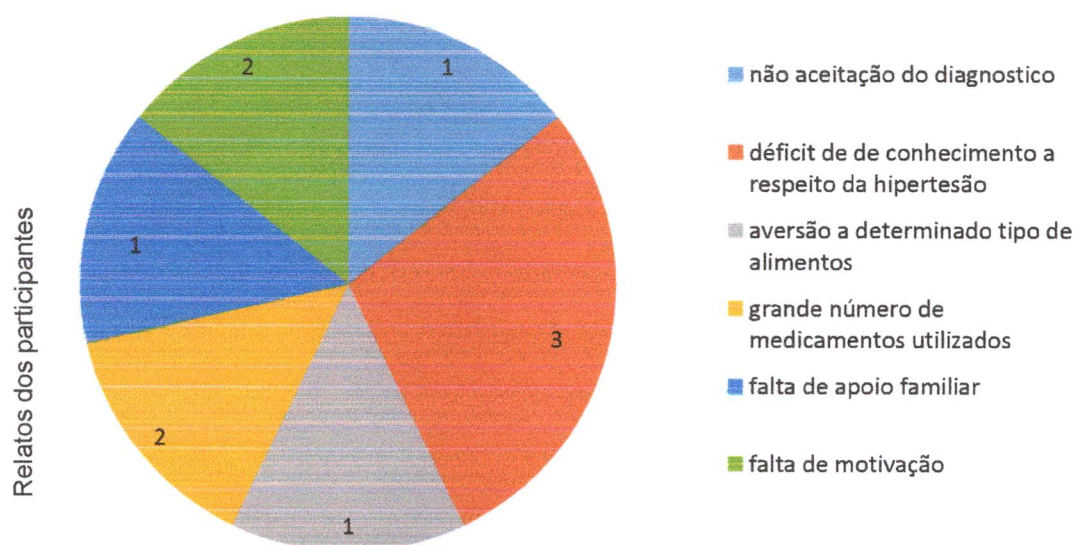


Gráfico 02 – Relatos dos participantes acerca dos motivos que impedem a realização do tratamento.

Conforme o que foi abordado para os pacientes, pode-se observar que são diversos os motivos pelos quais levam os mesmos a não levarem adiante este tratamento, dentre eles podemos destacar: 3 relatam ter déficit de conhecimento a respeito da hipertensão, 1 não aceitação do diagnostico, seguidos dos outros fatores apresentados no gráfico 02.

Acredita-se que um dos motivos de não aderir ao tratamento é principalmente por falta de informação adequada sobre a doença, além disso, a modificação de hábitos, que é essencial para o sucesso do tratamento, ainda é uma opção não muito utilizada pelos hipertensos, e muitos começam o tratamento de forma correta,

mais desistem ou fazem o pela metade, e não como foi recomendado (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Estudos realizados no Brasil mostram que cerca de 46% dos idosos hipertensos, contam que interromperam o tratamento por conta própria, nos Estados Unidos 50% das pessoas acometidas pela doença param o tratamento antes do primeiro ano de terapia (FUNG *et al.*, 2007).

Seguindo, foi questionado também sobre a existência de outra patologia. A (pergunta nº6), e os dados da amostra estão apresentados no gráfico 3.

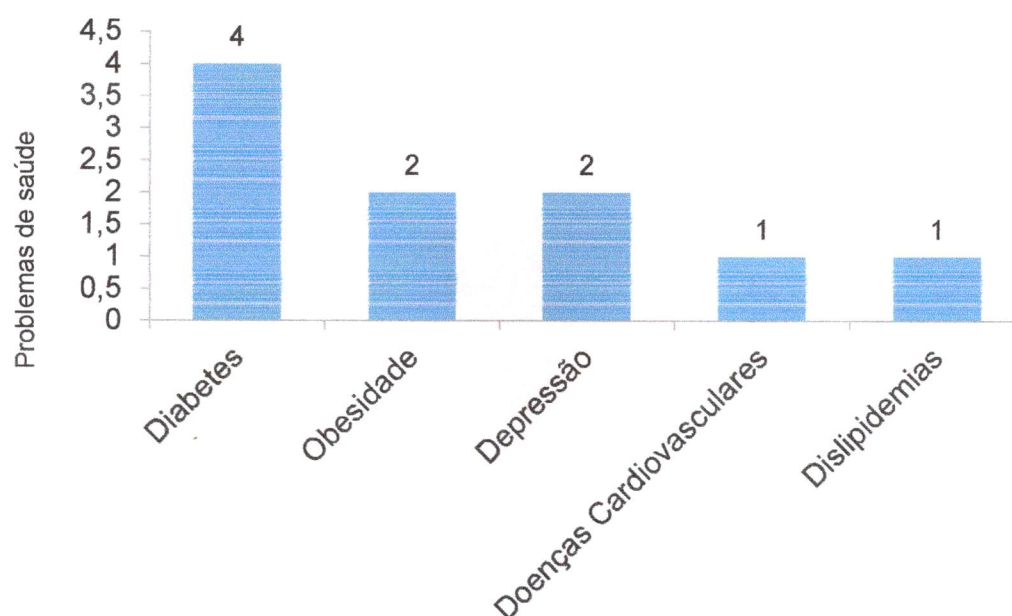


Gráfico 03 – Relatos dos participantes sobre problemas de saúde.

Das respostas obtidas quando perguntado aos entrevistados sobre ter algum problema de saúde relacionado com a Hipertensão Arterial, a avaliação do autoconhecimento dos entrevistados foi: 4 disseram ter Diabetes, 2 Obesidade, 2 Depressão, 1 Doenças Cardiovasculares, 1 Dislipidemias.

Em pesquisa semelhante Oliveira (2010) diz que a Diabetes também está em evidência nas suas discussões apresentando 70% dos dados obtidos em relação a outras doenças. A autora, diz que o portador precisa de uma equipe multidisciplinar para um sucesso terapêutico, a mesma diz que a presença da hipertensão em

pacientes com diabetes é duas vezes mais comum do que em indivíduos não diabéticos.

Em conformidade com o exposto acima, Ferrari (2005), diz que as implicações aumentam de prevalência observados nos diabéticos são de grande amplitude para a saúde pública do Brasil, a pesquisa ressalta os riscos desenvolvidos e outras doenças crônicas não reversíveis, associadas a peso, especificamente na região abdominal, enfatizando que um ganho de peso na vida adulta, está relacionado a maior ocorrência de hipertensão e dislipidemias.

Brasil (2013) salienta que, a programação do atendimento para o tratamento é acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial na atenção básica deverá ser realizada de acordo com as necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal da patologia, incluindo o apoio para mudança de estilo de vida (MEV), sendo assim foi investigado pelos entrevistados se os mesmos participam de alguma atividade educativa na UBS liberdade, e quais seriam essas atividades. Quadro 4

Quadro 04 – Relatos dos participantes sobre atividades educativas da UBS Liberdade. P, para paciente entrevistado.

Existe alguma atividade educativa na Unidade Básica de Saúde?

P1	"No posto tem grupão todo mês"
P2	"Sim, participo do grupão, nos dão lanche, as vezes tem dança"
P3	"Sim, Tem acadêmico que ajuda a equipe no grupão, eles dão medicamentos e fazem teste de sangue"
P4	"Todo mês eu vou para o grupão, e lá eles atende a gente"
P5	"Uma vez por mês vou pro grupão, lá dão lanche e entrega de medicamento"
P6	"Sim, tem alunos que participa do grupão, e eles brinca com a gente"
P7	"Sim, no grupão fazem dinâmica de grupo, além de nos dá medicação e realização de testes"
P8	"Grupão"
P9	"Sim, participo do grupão, onde tem brincadeiras"
P10	"Sim, Grupão"

Como demonstra as falas dos entrevistados, todos responderam que sim e que participam do grupão, uma vez por mês, onde realizam brincadeiras, danças, dinâmicas de grupo, entrega de medicação, aferição de PA, testes de glicemia, entre outros. Um dado que chamou atenção foi as respostas dos participantes: P3 e P6, que citaram a presença dos acadêmicos de enfermagem que fazem o estágio supervisionado da Faculdade de Itaituba.

Algumas dificuldades foram apontadas por eles, tais como: falta de medicamentos: um espaço físico melhor, falta de visita domiciliar, no entanto, a maioria considera o atendimento da enfermagem como uma equipe, dedicada, responsável e atenciosa.

O programa Hiperdia tem como objetivo a prevenção de complicações decorrentes da não aceitação ao tratamento da PA prescrito pelo médico, quando este fato se relaciona com a falta de recursos financeiros para a aquisição de medicamentos, o Programa disponibiliza aos indivíduos cadastrados, os medicamentos e o acompanhamento médico de forma gratuita (MIRANZI *et al.*, 2008).

Nesse contexto, Vieira (2008), em suas considerações finais diz onde foi feito reflexão do papel do enfermeiro no tratamento dos pacientes com hipertensão concluiu que os pacientes requerem uma atenção especial por parte do enfermeiro, uma vez que a taxa de mortalidade vem crescendo cada vez mais. Com uma parcela significativa da população.

De acordo com Brasil (2013), é importante a equipe de enfermagem agir diante dos sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e orientações sobre como agir diante dessas situações; Motivação para modificar hábitos de vida não saudáveis e ter a percepção de presença de complicações; o uso de medicamentos prescritos (oral ou insulina), indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais, controle da glicemia, estilo de vida, complicações da doença; solicitar e avaliar os exames previstos no protocolo assistencial local. Quando pertinente, encaminhar ao médico e, se necessário, aos outros profissionais. Além da equipe de Enfermagem, envolvendo também o médico, agentes comunitários de Saúde e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, quando disponível e necessário, nas ações desenvolvidas.

E por fim, também foi solicitado que os mesmos descrevessem como é o atendimento da equipe de saúde da UBS Liberdade, todas as respostas foram transcritas na íntegra no quadro 05.

Quadro 05 – Relatos dos participantes sobre o atendimento da equipe de saúde da UBS Liberdade. P, para paciente entrevistado.

P1	"Bom"
P2	"Bom, atendimento legal"
P3	"Muito bom, equipe muito atenciosa"
P4	"Bom"
P5	"Bom o atendimento, só precisa de um espaço físico melhor"
P6	"O atendimento é bom, mas falta mais recursos para o enfermeiro trabalhar"
P7	"Bom, só que as vezes falta medicamento"
P8	"Bom, precisa fazer visita domiciliar"
P9	"Bom demais, pessoas dedicadas"
P10	"Bom"

Conforme as respostas evidenciadas que foram obtidas nos questionamentos realizados, os pacientes que frequentam a unidade básica de saúde da liberdade classificaram de um modo geral o suporte prestado pelos funcionários como bom, sendo que na sua totalidade, todos são bem atendidos nos períodos de grupões ou quando simplesmente fazem a procura da unidade para busca de medicação ou consulta médica, favorecendo para a adesão ao tratamento e o sucesso do mesmo.

Segundo Silva *et al.* (2008), para manter uma boa operacionalização da estratégia saúde da família, foi preciso estabelecer algumas normas e procedimentos que deixam claro que a assistência dos pacientes deverá ser contínua e com um bom acompanhamento no que diz respeito a saúde da população na área de responsabilidade do profissional, os profissionais de saúde

devem atender a família, tornando o ambiente mais saudável e tratando os pacientes com respeito.

5 CONCLUSÃO

É nesse patamar que se torna essencial o planejamento que a equipe de enfermagem deve ter, utilizando recursos motivacionais e educativos para facilitar o engajamento e adesão ao tratamento, bem em poder aumentar o autocuidado que cada um tem que ter consigo mesmo.

Os dados alcançados nessa pesquisa mostram em sua maior totalidade são do sexo feminino, casados, com baixa escolaridade e tendo uma renda per capita de um salário mínimo.

Esse panorama reflete no estilo de vida adotado de cada um tendo consequências na intensidade da patologia e suas consequências, exatamente pela falta de conhecimento em atitudes simples como dificuldade em ler e entender as prescrições do profissional de saúde com seus remédios e orientações gerais com relação ao autocuidado e saber quais os medicamentos que os pacientes tomam.

Com relação à motivos que os impeçam de realizar o tratamento, 60% dos entrevistados afirmam que sim, sendo destacados: a própria falta de conhecimento sobre a patologia, ou problemas relacionados em alguns casos aos grandes números de medicações, esses fatores contribuem para o não sucesso ou prosseguimento deste tipo de tratamento.

Acredita-se que muitas pessoas não conhecem a doença e não tem noção do grande mal que ela pode causar, neste raciocínio emprega-se um questionário com algumas perguntas sobre a doença, e o que se encontra como resposta é que; a maioria delas conhecem a doença, e que pode levar a morte.

A pesquisa foi criada para questionar pessoas com a doença e verificar qual sua opinião sobre a mesma, após as respostas revelou-se que a maioria delas conhecem a doença e se tratam diariamente, e que elas ficaram bem mais alertas acerca dos riscos, melhorando assim os cuidados com si próprias.

Diante do exposto, torna-se necessário, desenvolver estratégias na assistência de enfermagem para que ocorra uma comunicação efetiva entre equipe-hipertenso-família, com intuito de aumentar o conhecimento da população sobre a HAS, bem como a importância do seu tratamento. Neste sentido, a capacitação dos profissionais de saúde para desenvolver ações de educação em saúde deve ser valorizada, permitindo que estes possam melhor assistir o hipertenso e orientar seus familiares, assim é de extrema importância o papel do enfermeiro na orientação

quanto aos riscos, prevenção e tratamento da HAS assim como monitorar o controle do paciente hipertenso.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. C.; GUIMARAES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo: V. 41, n. 3, p. 368-74, 2007.

ARAÚJO, F. L. MONTEIRO, L. Z.; PINHEIRO, M. H. N. P.; SILVA, C. A. B. Prevalência de fatores de risco para hipertensão arterial em escolares do município de Fortaleza: **Rev. Bras. Hipertens.** v. 17, n. 4, p. 203-209, 2010.

BARRETTO, A. C. P.; SANTELLO, J. L. **Manual de hipertensão: entre a evidência e a prática clínica**. 1 ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

BLOCH, K. V. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo: v. 24, n. 12, p. 2979-84, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM)**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 79 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de hipertensão arterial**. 6 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 51 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal Brasil**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 24 p.

BARRETTO, A. C. P.; SANTELLO, J. L. **Manual de hipertensão: entre a evidência e a prática clínica**. 1 ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

BARRETTO, A. C. P.; CARDOSO, J. N. **Manual de Hipertensão – Entre a Evidência e a Prática Clínica**. 1 ed. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2008.

BERNARDO, A. F. B. Associação entre atividade física e fatores de risco cardiovasculares em indivíduos de um programa de reabilitação cardíaca. **Revista brasileira de Medicina do esporte**. Presidente Prudente: v. 19, n. 4, p. 231-35, 2013.

BRUM, P. C. Adaptações agudas e crônicas do exercício físico no sistema cardiovascular. **Rev. Paul. Educ. Fís.** São Paulo: v.18, n. 2, p. 21-31, 2004.

CHAVES, E. S. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. Brasília: **Revista brasileira de enfermagem**. v. 4, n. 59, p. 543-547, 2006.

CHIRELLI, M. Q. **Educação em Saúde com Usuários Hipertensos: Integridade no Cuidado**. 1 ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2009.

CUNHA, F. F.; REGO, L. P.; VILHENA, A. O. Medicamentos como fatores de risco para hipertensão arterial secundária: um saber necessário para a enfermagem. **Revista Brasil**. São Paulo: v. 11, n. 6, p. 32-54, 2012.

CUPPARI, L. **Nutrição Clínica no adulto**. 2 ed. Barueri: Manole, 2005.

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paul Enferm.** São Paulo: v. 23, n. 6, p. 782-87, 2010.

FREDERICO, P. M. **Interações medicamentosas potenciais dos anti-hipertensivos: uso perigoso entre idosos.** Rio De Janeiro. Dissertação (mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz, 2012.

FUNG, V.; HAUNG, J.; BRAND, R.; NEWHOUSE, J. P. **Hipertensão tratamento e assistência na população: aderência ao controle da pressão sanguínea sistólica.** NewYork: ClinTher, 2007.

GALVÃO, R.; KOHLMANN, J. R. O. **Hipertensão arterial no paciente obeso.** 1 ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA, C. M. F. **Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados a necessidade de cuidar entre idosos.** 2 ed. Barueri: Manole, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIROTTTO, E. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & saúde coletiva.** Londrinha: v.18, n. 6, p 1763-72, 2013.

GOLDMAN, L.; BRAUNWALD, E. **Cardiologia na Clínica Geral.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

GUEDES, M. V. C. Barreiras ao tratamento da hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília: v. 64, n. 6, p.1038-1042, 2011.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica.** 10 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

IRIGOYEN, M. C.; LACCHINI, S.; ANGELIS, K.; CICHELINI, L. C. Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? **Rev. Soc. Cardiol.** São Paulo: v. 13, n.1, p. 20-45, 2003.

JARDIM, P. C. B. V.; JARDIM, T. S. V. modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev. Bras. hipertens.** Rio de Janeiro: v. 13, n. 1, p. 26-29, 2006.

KRUMMEL, D. **Nutrição e Hipertensão.** IN: ESCOTT-STUMP, S.; MAHAN, L. K. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1998.

LESSA, M. T.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico.** 1 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LOFREDO, L.C.M; TELAROLLI, R; BASSO, M.F.M. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica em Estudantes da Faculdade Odontologia de Araraquara UNESP. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.32, n.2, p.99-104, 2003. Disponível: <http://rou.hostcentral.com.br/PDF/v32n2a04.pdf> Acesso: 04 de fevereiro de 2018.

LOPES, L. O.; MORAES, E. D. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Bioquímica da Hipertensão.** 1 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MALTA, D. C.; NETO, O. L. M.; JUNIOR, J. B. S. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2012. **Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil.** . Brasília: v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.

MION, J. D. V. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2 ed. São Paulo: Atlas 2006.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** 1 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MIRANDA, M. L. J.; GODELLI, M. R. C. S.; OKUMA, S. S. Os efeitos do exercício aeróbio com música sobre os estados de ânimo de pessoas idosas. **Revista Paulista de Educação Física**. São Paulo: v. 10, n. 2. p. 32-45, 1996.

MIRANDA, R. D.; PERROTTI, A. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisioterapia, no diagnóstico e no tratamento. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro: v. 9, n. 1, p. 293- 300, 2002.

MIRANZI, S. S. C.; FERREIRA, F. S.; IWAMOTO, H. H.; PEREIRA, G. A.; MIRANZI, M. A. S. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**. São Paulo v. 17, n. 4, p. 672-9, 2008.

MOCHEL, E. G. Avaliação do tratamento e controle da hipertensão Arterial Sistêmica em pacientes da rede pública. **Revista baiana de Saúde Pública**. São Luiz: v. 31, n. 7, p. 25-43, 2007.

NOBRE, F.; COLEHO, E. B.; LOPES, P. C.; GELEILETE.; TUFIK, J. M. Hipertensão arterial sistêmica primária. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2013.

NORONHA, J. A. F.; RAMOS, A. L. C.; RAMOS, A. T.; CARDOSO, M. A. A.; CARVALHO, D. F. C.; MEDEIROS, C. C. M. Pressão arterial elevada em crianças e adolescentes com excesso de peso. **Jornal do crescimento e desenvolvimento humano**. Curitiba: v. 22, n. 2, p. 196-201, 2012.

GUSMAO, J. L. **Avaliação da qualidade de vida e controle da pressão arterial em hipertensos complicados e não complicados**. 56 F. Trabalho de conclusão de curso (mestrado). São Paulo. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2005.

OLIVEIRA, T. L. **Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial**. Acta Paul Enferm, São Paulo, v, 26 n.2, p. 179-184. 2013.

ORTEGA, K. C.; NOBRE, F.; MION, D. J. R. Fatores intervenientes na adesão e recomendação prática para a melhoria dos resultados. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION, D. J. R. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da Hipertensão**, São Paulo: Lemos, 2001.

OIGMAN, W.; NEVES, M. F.; GISMOND, R. A. O. C. Como diagnosticar e tratar a hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**. Rio de Janeiro: v. 1, n. 2, p. 41-50, 2009.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços da Saúde**. Rio de Janeiro: v.15, n.1, p. 35-45, 2006.

PEREIRA, M. Diferenças na prevalência, consciência, Tratamento e controle da hipertensão em países desenvolvidos e em desenvolvimento. **Revista brasileira de Hipertensão**. São Paulo: v. 27, n. 5, p. 963-75, 2009.

PERES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções e práticas. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo: v. 37, n. 5, p. 1-12, 2003.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Refletindo sobre pressupostos para o cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PÓVOA, R.; BOMBIG, M. T. N. Cardiopatia hipertensiva: aspectos epidemiológicos, prevalência e fator de risco cardiovascular. 4 ed. Atlas. São Paulo. 2008.

RIBEIRO, R. C.; LOTUFO, P. A. **Hipertensão Arterial Diagnóstico e Tratamento**. 1 ed. São Paulo: Sarvier, 2005.

PUCCI, N. Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. **Revista Brasileira De Cardiologia**. Santos: v. 25, n.4, p.322-329, 2012.

SALOMÃO, A. Fatores associados à hipertensão arterial em usuários de serviço de promoção à saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte: v. 17, n. 1, p.32-38, 2013.

SAMPAIO, L. F. R.; FILHO A. D. S. Hipertensão Arterial Sistêmica. 1 ed. Brasília: Sarvier, 2006.

SANTOS, J. C. Adesão do idoso para hipertensão arterial e intervenções de enfermagem. **Rev. da rede de enfermagem do Nordeste**. Fortaleza: v. 13. n. 2, p. 56-75, 2012.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto & Contexto Enferm**. Curitiba: v. 17, n. 1, p. 90-7, 2008.

SANTOS, J. C.; JUNIOR, M. F.; RESTINI, C, B, A. Potencias interações medicamentosas identificadas em prescrições a pacientes hipertensos. **Revista Brasileira Clinica Medica**. São Paulo: v.10, n.4, p. 65-76, 2012.

SCHMIDT, A.; PAZIN FILHO, A. E.; MACIEL, B. C. **Medida indireta da pressão arterial sistêmica**. 1 ed. São Paulo: Sarvier, 2004.

SICHERI, R.; COITINHO, D. C.; MONTEIRO, J. B.; COUTINHO, W. F. recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. **Arq. Bras. Endocrino. Metab**. São Paulo: v. 44, n. 3, p. 227-32, 2000.

SILVA, L. O. L. **Tô sentindo nada**: percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. 1 ed. São Paulo: Physis, 2013.

SILVA, S. L. Influência de fatores antropométricos e atividade física na pressão arterial de adolescentes de Taguatinga. Fortaleza: **Motricidade**. v. 9, n.1, p.13-22, 2013.

SILVA, F. M. F.; MENESES, L. R.; MEIRELES, R. G. R. **A percepção do usuário acerca do programa saúde da família**. Trabalho de R. Interd. v. 7, n. 2, p. 156-164, abr. mai. jun. 2014.

SILVERTHORN, D. U. **Fisiologia Humana: uma abordagem integrada**. 1 ed. São Paulo: Manole, 2003.

SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Rev. Latino-Am Enfermagem periódico na internet**. Manaus: v. 10, n. 3, p. 415- 22, 2002.

SOCERJ - ISSN 0104-0758. 1 ed. Atlas. São Paulo. 2007.

Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. 1 ed. Brasília: Sarvier, 2007.

SOUZA, A. L. **Prevalência da hipertensão arterial referida, percepção de sua origem e formas de controle em área metropolitana de São Paulo**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1999.

STEVENS, A.E.; LOWE, J. **Patologia**. 2 ed. São Paulo: Manole, 2002.

TEIXEIRA, K. **Plantas Medicinais que Podem Causar Alteração na Pressão Arterial e interação com anti-hipertensivos-hipertensivos**. 1 ed. Santa Catarina: E-book, 2012.

UNGER, T.; PARATI, G. **Modo hipertensivo de ser**. 1 ed. México: Ubswaet, 2005.

WILMORE, J. H.; COSTILL, D. L. **Fisiologia do esporte e do exercício**. 2 ed. São Paulo: Manole Ltda., 2001.

ZATTUNE, M. P. A.; BARROS, M. B. A.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas. **Caderno de Saúde Pública**. São Paulo: v. 22, n. 2, p. 285-94, 2006.

APÊNDICE



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA S/C LTDA

FACULDADE DE ITAITUBA- FAI

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

PORTARIA/MEC Nº 251 DE 07/07/2011

**FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
NOS IDOSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE LIBERDADE NO MUNICÍPIO DE
ITAITUBA - PARÁ**

Pesquisador: Ac. Ricardo Santos Andrade

Orientadora: Enf.^a Esp. Rosângela de Aguiar Rodrigues

APÊNDICE B – Questionário

1- Dados socioeconômicos:

Idade: _____

Sexo: Masculino () Feminino ()

Escolaridade: _____

Estado civil: Casado(a) () Solteiro(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a) ()

Outro ()

Renda: _____

Profissão/ ocupação:

empregado () autônomo () informal () licença saúde ()

desempregado () dona de casa () aposentado

2- Há quanto tempo tem hipertensão? _____

3- Qual o tipo de medicamento que você usa para o tratamento de hipertensão?

() Hidroclorotiazida

() Propranolol

() Captopril

- ☐ Glibenclamida
- ☐ Metformina
- ☐ Lozartana
- ☐ Outros ? Quais: _____

4- Existe algum problema que impeça a realização do tratamento?

- ☐ sim
- ☐ Não

Qual? _____

5- Se sim ao item anterior, especificar qual (ais) o (s) problemas.

- ☐ Não aceitação do diagnóstico
- ☐ Déficit de conhecimento á respeito da hipertensão arterial
- ☐ Aversão a determinado tipos de alimentos
- ☐ Grande número de medicamentos utilizados
- ☐ Falta de apoio familiar
- ☐ Falta de motivação
- ☐ Falta de interesse
- ☐ Outros

Quais? _____

6- Você apresenta algum problema de saúde?

- ☐ Diabetes
- ☐ Obesidade
- ☐ Depressão
- ☐ Doenças cardiovasculares
- ☐ Dislipidemias
- ☐ Outros

Quais? _____

7- Qual (ais) as complicações crônica (s) da hipertensão você possui?

- ☐ Problema nos olhos
- ☐ Problema nos nervos
- ☐ Problema nos rins
- ☐ Problema nos pés

() Problema de coração

() Outros Quais: _____

8-Você participa de alguma atividade educativa proposta pela UBS Liberdade?

() sim () Não

Quais? _____

9- Há quanto tempo atua no grupo de hipertensos?

10- Como é o atendimento pela equipe de enfermagem da Unidade que você frequenta?



CENTRO DE ESTUDO SUPERIOR DE ITAITUBA S/C LTDA

FACULDADE DE ITAITUBA – FAI

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE B

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Itaituba, 18 de setembro de 2017.

Eu Ricardo Santos Andrade responsável principal pelo Projeto de Pesquisa parte Integrante para o TCC da Graduação em Enfermagem da Faculdade de Itaituba, venho pelo presente, solicitar a autorização da Diretoria da instituição. A pesquisa será realizada na instituição Unidade Básica de Saúde Liberdade, com os pacientes hipertensos atendidos na UBS liberdade. A pesquisa sob o título: **Fatores que contribuem para a hipertensão arterial sistêmica nos idosos da unidade básica de saúde liberdade**, com o objetivo de explicar, o conhecimento e preparação tem acerca dos riscos da hipertensão arterial sistêmica.

A pesquisa será através de um questionário com hipertensos da UBS liberdade. Projeto sob a orientação do Professor (a) Esp^a Rosângela de Aguiar Rodrigues. Contato do pesquisador principal: (093) 99146-6675, ricardao_mult@hotmail.com. Contato da orientadora: (093) 99123.8516, rosangelard@yahoo.com.br. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa unidade. Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente.

Assinatura do Pesquisador Principal
RG: 26943632003-1SSP/MA

Instituição da Faculdade de Itaituba

Assinatura do Orientador da Pesquisa
RG: 193.7033.SSP/PA