

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ERIKA RAQUEL SOARES ALMEIDA

AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM IDOSOS

PICOS - PI

2012

ERIKA RAQUEL SOARES ALMEIDA

AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM IDOSOS

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Ms. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira

PICOS – PI

2012

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí

Biblioteca José Albano de Macêdo

A447a Almeida, Erika Raquel Soares.

Avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos / Erika Raquel Soares Almeida. – 2012.

CD-ROM : il. ; 4 ¾ pol. (50 p.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2012.

Orientador(A): Profa. MSc. Andressa Suely Saturnino de


ERIKA RAQUEL SOARES ALMEIDA


AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM IDOSOS


Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 29 / 10 / 2012.

BANCA EXAMINADORA


Profª. Ms. Andressa Suely Saturnino de Oliveira (Orientadora)
Universidade Federal do Piauí – UFPI


Profª. Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva (1º Membro Efetivo)
Universidade Federal do Piauí – UFPI


Profª. Ms. Ana Larissa Gomes Machado (2º Membro Efetivo)
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Aos Meus Pais, Tomaz e Eva, por tudo que fizeram pelos meus estudos e pelo carinho, amor, dedicação e pelos verdadeiros valores ensinados, que me conduziram para o caminho correto.

AGRADECIMENTOS

É bom chegar ao final de uma jornada e colher os frutos da conquista. Inicialmente, agradeço a Deus, pela dádiva da vida, por ter me concedido a graça de concluir mais esta etapa em minha vida, por dar sabedoria, coragem e força para superar os obstáculos ao longo desta caminhada.

Aos meus pais, Eva Soares Almeida e Tomaz Alves de Almeida, por desistir dos seus sonhos em favor dos meus, pelo carinho, apoio, dedicação e esforços para que eu concluísse essa jornada, sempre almejando um futuro próspero e digno.

A minha orientadora Profa. Ms. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira, por ter caminhado comigo ao longo da trajetória desta pesquisa, mantendo sempre a perseverança, o otimismo, a paciência e competência profissional. Agradeço também pela confiança depositada em mim e pelos ensinamentos repassados. Fico grata de ter trabalhado com uma pessoa que para mim tornou-se um exemplo de humildade, caráter e honestidade. A você, meu respeito, minha eterna admiração e carinho.

E agradeço a todos os idosos que participaram da pesquisa, que de forma receptiva e atenciosa responderam o instrumento dessa pesquisa. Sem eles, este estudo não teria sido concretizado.

“Quando uma criatura humana desperta para um grande sonho e sobre ele lança toda a força de sua alma, todo o universo conspira a seu favor.”

Johann Goethe

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos atendidos na atenção primária à saúde. Trata-se de estudo analítico e transversal, de natureza quantitativa, cujos dados foram coletados durante as consultas de enfermagem dos idosos vinculados ao Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos de uma Unidade de Saúde da Família de Teresina-Piauí, sorteada para tal. A amostra foi constituída por 85 idosos com hipertensão arterial. O período de coleta de dados correspondeu a março e abril de 2012. Foi aplicado um instrumento de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo como formulário, que permitiu executar o somatório da pontuação de cada item para obtenção de uma nota que classifica a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em: paciente ideal, não adesão leve, não adesão moderada, não adesão grave ou não adesão gravíssima. Os dados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 17.0. Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sendo aprovado com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética Nº 0305.0.045.000-11. Os resultados mostraram que 46 (54,1%) hipertensos eram do sexo feminino, 53 (62,7%) eram casados, 56 (65,9%) possuíam idade entre 60-69 anos, com média de $68,0 \pm 6,5$ anos. Em relação à escolaridade, 48 (56,5%) possuíam o ensino fundamental incompleto; 34 (40,0%) eram de raça/cor da pele negra e 38 (44,7%) recebiam menos de um salário mínimo mensalmente. Em relação à atividade física, 62 (72,9%) idosos hipertensos eram sedentários, 44 (51,8%) nunca fumaram, 41 (48,2%) estavam com a pressão arterial normal e quanto ao índice de massa corpórea, 40 (47,1%) foram classificados com sobrepeso. No que se refere à adesão ao tratamento anti-hipertensivo, 57,6% dos idosos foram classificados com não adesão leve e 29,4% com não adesão moderada. A não adesão moderada foi mais frequente entre os indivíduos viúvos e solteiros. Já entre os participantes com não adesão grave, foram mais frequentes aqueles com renda familiar menor ou igual a um salário mínimo, com faixa etária entre 60 – 69 anos e que residiam com 1 a 4 pessoas. Nenhuma das variáveis sociodemográficas esteve associada à adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo. Os idosos com boa autopercepção de saúde foram, com maior frequência, pacientes com adesão ideal ou não adesão leve ao tratamento anti-hipertensivo ($p = 0,001$), o que demonstrou que, no grupo de idosos estudado, o modo positivo como estes encaravam sua saúde esteve associada com os melhores graus de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Os idosos que percebem melhor a saúde podem ser sentir mais motivados no engajamento para o controle da hipertensão, principalmente por acreditarem que ter atitudes positivas frente à saúde pode ajudar no controle da doença. Por outro lado, idosos que possuem uma percepção negativa sobre sua saúde podem ter mais dificuldade ou se sentirem desestimulados a engajarem-se no tratamento, contribuindo, por conseguinte, para o agravamento da doença e o aparecimento de complicações associadas. Concluiu-se que a maioria dos idosos aderiu parcialmente ao tratamento e as maiores dificuldades foram relacionadas às mudanças no estilo de vida, como exercícios físicos e hábitos alimentares. A realização de ações educativas e preventivas para orientar os pacientes sobre o tratamento para a hipertensão se constitui uma das formas de melhorar a adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Enfermagem. Hipertensão. Saúde do idoso. Cooperação do paciente. Adesão à medicação.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate adherence to antihypertensive treatment in elderly patients in primary care. It is cross-sectional, analytical, quantitative, and data were collected after nursing appointments for hypertensive and diabetic patients enrolled in HIPERDIA a Family Health Unit of Teresina, Piauí, drawn to it. An instrument for assessing adherence to antihypertensive treatment as a form that allowed running sum of the scores of each item to obtain a score that ranks adherence to antihypertensive treatment in: ideal patient, mild nonadherence, not accession moderate, or severe noncompliance noncompliance grave. The sample consisted of 85 elderly patients with hypertension. The period of data collection corresponded to March-April 2012. Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences version 17.0. This study was submitted to the Ethics Committee of the Universidade Federal do Piauí, being approved with Certificate of Appreciation Presentation for Ethics No. 0305.0.045.000-11. The results showed that 46 (54.1%) hypertensive patients were female, 53 (62.7%) were married, 56 (65.9%) were aged 60-69 years, with a mean of 68.0 ± 6.5 years. Regarding education, 48 (56.5%) had incomplete primary education, 34 (40.0%) were race / skin color and 38 black (44.7%) earned less than minimum wage monthly. Regarding physical activity, 62 (72.9%) were sedentary elderly hypertensive, 44 (51.8%) had never smoked, 41 (48.2%) had normal blood pressure and as the body mass index, 40 (47.1%) were classified as overweight. With regard to adherence to antihypertensive treatment, 57.6% of the elderly were classified as mild nonadherence and 29.4% with moderate nonadherence. The moderate nonadherence was more frequent among individuals and widowed singles. Among participants with severe noncompliance, were frequently those with family income less than or equal to the minimum wage, aged between 60-69 years and residing with 1-4 people. None of the sociodemographic variables was associated with adherence to the elderly antihypertensive treatment. Elderly people with good self-rated health were more frequently, patients with optimal adherence or non-adherence leads to antihypertensive treatment ($p = 0.001$), which demonstrated that, in the elderly group studied, the positive way as they saw their health was associated with better levels of adherence to antihypertensive treatment. The elderly who perceive better health can be felt more motivated to engage in the management of hypertension, mainly because they believe that positive attitudes towards health can help control the disease. On the other hand, older people have a negative perception about their health may have more difficulty or feel discouraged to engage in treatment, contributing therefore to the worsening of the disease and the onset of complications. It was concluded that most elderly partially adhered to treatment and the greatest difficulties were related to changes in lifestyle, including exercise and eating habits. The achievement of educational and preventive actions to guide patients on treatment for hypertension constitutes one of the ways to improve treatment adherence.

Keywords: Nursing. Hypertension. Health of the elderly. Patient compliance. Medication adherence.

LISTA DE SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DBH	Diretrizes Brasileiras de Hipertensão
DCNI	Doenças Crônicas Não Infecciosas
DCV	Doença Cardiovascular
DIC	Doença Isquêmica do Coração
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema Informatizado de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IMC	Índice de Massa Corpórea
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Parâmetros para classificação do Índice de Massa Corpórea	21
Tabela 1 -	Caracterização sociodemográfica e econômica dos idosos com hipertensão arterial sistêmica. Teresina - PI, mar./abr., 2012	23
Tabela 2 -	Características clínicas dos idosos com hipertensão arterial. Teresina – PI, mar./abr., 2012	24
Figura 1 -	Graus de adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo. Teresina-PI, mar./abr., 2012	25
Figura 2 -	Frequências absolutas dos graus de adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos idosos segundo as características sociodemográficas. Teresina – PI, mar./abr., 2012	26
Figura 3 -	Graus de adesão ao tratamento anti-hipertensivo segundo a autopercepção de saúde dos idosos. Teresina – PI, mar./abr., 2012	27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 Geral	14
2.2 Específicos	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
4 METODOLOGIA	19
4.1 Tipo e natureza do estudo.....	19
4.2 Local e período do estudo.....	19
4.3 População e amostra.....	19
4.4 Coleta de dados.....	20
4.5 Análise dos dados.....	21
4.6 Aspectos éticos.....	21
5 RESULTADOS	23
5.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos.....	23
5.2 Adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo.....	25
6 DISCUSSÃO	29
7 CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	38
ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	43
ANEXO B – NORMAS DA AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL.....	45
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	46
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	47

1 INTRODUÇÃO

Este estudo trata da saúde do idoso com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Delimitou-se que seria abordada a adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo tanto medicamentoso como não medicamentoso, além do conhecimento acerca de fatores que influenciam na adesão (características sociodemográficas e autopercepção de saúde).

Os estudos com idosos têm se mostrado bastante frequentes, devido à expectativa de vida da população mundial vir passando por modificações significativas nas últimas décadas. Essa mudança na estrutura etária da população é caracterizada pela transição demográfica de uma população predominantemente jovem para uma população significativa de idosos. Tal fato se deve à alteração de uma situação com altas taxas de fecundidade e mortalidade para diminuição desses índices, decorrente, principalmente, da melhoria da qualidade de vida da população e da redução das taxas de doenças infecciosas para aumento das Doenças Crônicas Não Infecciosas (DCNI).

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos. O processo de envelhecimento é progressivo e provoca alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que conduzem a perda da adaptação do indivíduo ao ambiente, predispondo-o a doenças. Diante disso, é preciso desenvolver ações com caráter mais preventivo e promocional e menos curativo e assistencial de modo a contribuir para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa (CAETANO et al., 2008).

O processo de envelhecimento natural pode ser associado à ocorrência de doenças crônicas, sendo a HAS uma das mais frequentes e a idade considerada como um dos principais fatores de risco para sua ocorrência. Estudos revelam que com o envelhecimento a Pressão Arterial Sistólica (PAS) sofre elevação contínua até a oitava ou nona décadas de vida, em torno de 25 a 35 mmHg, principalmente devido à diminuição da elasticidade das vasos, enquanto a Pressão Arterial Diastólica (PAD) de 10 a 15 mmHg até a sexta década, para depois estabilizar-se ou reduzir-se gradativamente (JOBIM, 2008).

A HAS é uma doença crônica de origem multifatorial caracterizada por aumento persistente da pressão sanguínea nos vasos arteriais acima de 140/90 mmHg, relacionados, principalmente, a alterações hormonais, ao metabolismo e a fenômenos tróficos, que apresenta elevada prevalência na população brasileira, constituindo-se como um dos principais fatores de risco para Doenças Cardiovasculares (DCV), cerebrovasculares e renal

crônica, que são enfermidades complexas, onerosas e causadoras de incapacidades funcionais (CONTIERO et al., 2009).

De acordo com estudos realizados em cidades brasileiras nas últimas décadas, a prevalência de HAS está acima de 30%, sendo que na faixa etária entre 60 e 69 anos esse índice chega a 50% e acima de 70 anos chega a 75%. No mundo, em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes foram associadas à elevação da Pressão Arterial (PA), deste total 54% por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração (DIC). Por isso, a HAS é considerada uma doença de grande magnitude econômica e social (Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), 2010).

No estudo de Contiero et al. (2009), encontrou-se prevalência da HAS nos idosos superior a 60,0%, tornando-se fator determinante na morbimortalidade dessa população, exigindo assim correta identificação do problema e a apropriada abordagem terapêutica. Na cidade de Teresina, de acordo com o estudo de Schmidt et al. (2009), a prevalência para a HAS entre os homens foi de 16,4% e entre as mulheres correspondeu a 17,5%.

No que se referem aos custos, as DCV provocam custos médicos e socioeconômicos elevados. Em novembro de 2009, houve 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,33. Em 2007, foram registradas 1.157.509 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS) (SBC, 2010).

Considerando a importância da HAS em termos epidemiológicos e as dificuldades enfrentadas para adesão ao tratamento, o Ministério da Saúde implantou, em 2001, o *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus* (INFORMES..., 2001). Tal plano possui ênfase na atenção primária, por se tratar da porta de entrada dos usuários na rede que contempla os serviços de saúde. Destarte, prioriza-se a confirmação dos casos de HAS e/ou diabetes, a elaboração de protocolos clínicos e treinamento dos profissionais que acompanham esses usuários, garantia de distribuição gratuita dos medicamentos necessários ao tratamento destes e sua inclusão no Sistema Informatizado de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), a fim de garantir a essas pessoas acompanhamento continuado e qualificado (CHAZAN; PEREZ, 2008).

O controle da PA se faz por meio de tratamento medicamentoso contínuo e mudanças no estilo de vida do indivíduo, exigindo de seus portadores controle durante toda a vida, o que dificulta a adesão ao tratamento. Para que a adesão ocorra, o usuário do serviço de saúde deve ter conhecimento sobre o seu estado de saúde, ser consciente sobre a importância

do controle da PA e ter acesso aos serviços de saúde. Diante da não adesão, o profissional de saúde, notadamente o enfermeiro, deve estar preparado para intervir de forma adequada (DOURADO et al., 2011).

A HAS ocasiona redução da qualidade de vida das pessoas portadoras da doença. A incidência e prevalência de casos de HAS na população contribuem para o aumento das taxas de morbimortalidade no país e elevados gastos no setor saúde relativos ao tratamento e manejo das complicações, tornando-se importante avaliar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo das pessoas com a doença, a fim de fornecer subsídios para a formulação de estratégias diante das dificuldades e deficiências encontradas, que possibilitem prevenir complicações e fornecer melhorias na qualidade de vida desses indivíduos.

Tendo em vista que a HAS é uma das principais causas de morbimortalidade na atualidade, este estudo da adesão de idosos ao tratamento anti-hipertensivo poderá contribuir com a atuação do enfermeiro na prevenção de complicações associadas a HAS, além disso associa-se a melhoria da expectativa e qualidade de vida dessas pessoas. Sendo assim, o estudo foi norteado pela seguinte pergunta-problema: que aspectos estão associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos?

A relevância do estudo consiste em conhecer os fatores que interferem no tratamento anti-hipertensivo bem como avaliar essa adesão, com o intuito de fornecer subsídios para melhoria do cuidado de enfermagem aos idosos com HAS, já que se trata de um problema de relevância na saúde pública e um desafio a ser superado pelos profissionais de saúde e pacientes, tendo em vista os benefícios da adesão ao tratamento no controle adequado da PA.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos atendidos na atenção primária à saúde.

2.2 Específicos

- Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos idosos com hipertensão arterial sistêmica;
- Verificar o grau de adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos idosos;
- Analisar a associação entre as características sociodemográficas e autopercepção de saúde dos idosos com o grau de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A HAS é um importante problema de saúde pública de difícil controle por vários motivos, entre eles, as dificuldades na adesão do usuário ao tratamento, tornando-se um desafio para os profissionais de saúde. A adesão ao tratamento se destaca como fator determinante na prevenção das complicações de saúde que podem ocorrer em órgãos-alvos como coração, rins, retina e cérebro, podendo ocasionar no indivíduo incapacidades funcionais ou até a morte (DOURADO et al., 2011).

Sendo a HAS uma doença de caráter crônico, com história natural prolongada que pode ser caracterizada por: multiplicidade de fatores de risco, longo período de latência, longo curso assintomático, manifestações clínicas, em geral de curso crônico, com períodos de remissão e exacerbação e evolução para incapacidades, torna-se extremamente necessário o seguimento da terapêutica medicamentosa e adoção de hábitos de vida saudáveis para a prevenção das complicações, havendo, com isso, uma mudança no cotidiano da pessoa com HAS (REINERS et al., 2008).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (DBH) (SBC, 2010), os percentuais de controle de HAS são muito baixos devido à baixa adesão ao tratamento, apesar das evidências de que este seja eficaz em diminuir as complicações cardiovasculares. Estudos isolados apontam controle de 20% a 40%, sendo que a taxa de abandono é crescente, de acordo com o tempo decorrido após o início do tratamento.

A adesão ao tratamento é definida e caracterizada quando o conselho de saúde coincide com o comportamento do indivíduo, isto é, aderir ao tratamento é mais do que apenas utilizar o medicamento prescrito. Implica seguir as demais condutas terapêuticas indicadas, como mudanças no estilo de vida preconizadas, seguir a dieta, tomar a medicação e comparecer às consultas regularmente. Então, é importante que os hipertensos estejam sensibilizados para aderir ao tratamento, já que vários fatores têm sido associados com a adesão ao tratamento, entre eles os psicossociais, relacionados com a pessoa, seu perfil socioeconômico, sua escolaridade e suas crenças (DOSSE et al., 2009).

Em relação aos níveis de adesão ao tratamento, as VI DBH (SBC, 2010) apontam algumas sugestões para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, tais como, educação em saúde com especial enfoque sobre conceitos de HAS e suas características; orientações sobre os benefícios dos tratamentos, incluindo mudanças de estilo de vida; informações detalhadas e compreensíveis aos pacientes sobre os eventos adversos dos

medicamentos prescritos e necessidades de ajustes posológicos com o passar do tempo; cuidados e atenções particularizadas em conformidade com necessidades e, atendimento médico facilidade, sobretudo no que se refere ao agendamento de consultas.

No que se refere aos fatores relacionados ao paciente, podemos destacar ainda o sexo. Segundo alguns autores, as mulheres aderem mais ao tratamento quando comparadas aos homens. No estudo realizado por Cavalari (2010), enquanto 83% das mulheres seguiam a dieta hipossódica, apenas 17% dos homens haviam aderido a essa recomendação.

O estudo desenvolvido por Felipe, Abreu e Moreira (2008) revelou uma prevalência de HAS de 22,3% a 43,9% na população brasileira entre os anos de 1990 e 2004. Dos casos registrados da doença, 60 a 80% podem ser tratados na rede básica, o que comprova a necessidade da equipe multidisciplinar desenvolver estratégias para facilitar a implementação de ações necessárias para adesão ao tratamento.

O tratamento anti-hipertensivo deve ser individualizado e procurar conservar a qualidade de vida do paciente. De acordo com as VI DBH (SBC, 2010), os fármacos do tratamento anti-hipertensivo devem conter características específicas, tais como: ser eficaz por via oral, permitir a administração em menor número possível de doses, ser seguro e bem tolerado e com relação de risco/benefício favorável ao usuário, entre outros.

Um paciente é considerado aderente ao tratamento medicamentoso quando toma 80% - 110% dos medicamentos, pois se verificou que acima de 80% a PAD foi adequadamente controlada, assim como o acompanhamento. Diante disso, faz-se necessário traçar metas no sentido de proporcionar melhores índices de adesão (LIMA et al., 2010).

Dentre as formas de tratamento, observa-se que a terapia farmacológica se mostra mais aderente entre os hipertensos, quando comparada às mudanças nos hábitos de vida, visto que o uso do medicamento não exige mudanças radicais na vida dos hipertensos e não demanda tempo, além de que, os medicamentos estão à disposição de forma gratuita na rede pública de saúde para o seguimento da terapêutica (ZAITUNE et al., 2006).

O enfermeiro como elemento importante do processo assistencial aos hipertensos deve realizar a consulta de enfermagem e conhecer as características dessas pessoas e suas reais necessidades, para que a partir delas, possa ajudar os usuários na adesão ao tratamento e o conseqüente controle dos níveis tensionais (JESUS et al., 2008).

O tratamento não medicamentoso tem como principal objetivo diminuir o risco cardiovascular por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da PA e está indicado a todos os hipertensos, independente da idade. A motivação para a adesão a esta

modalidade terapêutica requer muito esforço e determinação por parte do enfermeiro, que deve realizar avaliação contínua das variáveis que afetam a capacidade do paciente para adotar comportamentos específicos (OLIVEIRA; MOREIRA, 2010).

As intervenções não farmacológicas se destacam pelo baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da PA. Essas medidas de controle da HAS se situam, em grande parte, no componente estilo de vida, pois sua adoção envolve mudança de hábitos, o que depende principalmente do indivíduo. Estas são as chamadas medidas de controle higiênico-dietéticas da HAS e inclui em cessação do álcool e do tabaco, realização de atividade física, controle de peso, redução do consumo de sal e mudanças nos hábitos alimentares (SBC, 2010).

Segundo Santos et al. (2005), entre as modalidades de tratamento da HAS, as condutas higiênico-dietéticas constituem um grande desafio para a clientela e para os profissionais de saúde. Essas condutas implicam mudanças de hábitos ou estilos de vida, e isso pode significar perda de prazer em um contexto da vida, no qual as oportunidades de satisfação pessoal são mínimas.

No estudo de Sales e Tamaki (2007), a adoção de hábitos saudáveis pelos pacientes aparece com altos índices de não adesão, o seguimento do regime alimentar aparece com uma abstenção de 88,9%, seguida pelo controle da alimentação e realização de atividade física, ambas com valores de 66,7% e por último a abstenção do fumo e do álcool, no qual 33,3% dos pacientes não adotam como medida de controle para a HAS.

Lima et al. (2010) mostraram que a adesão dos usuários hipertensos às condutas terapêuticas para o controle da HAS não foi uniforme, uma vez que, dentre as condutas descritas em seu estudo, algumas se mostraram satisfatórias, como: uso adequado de sal (86,7%), abstenção de álcool (66,7%), abstenção do tabaco (68,5%), entretanto, a prática de exercício físico regular apareceu em apenas 30,7% dos pacientes entrevistados.

Em virtude dos benefícios, tanto físicos como psicológicos, os profissionais de saúde devem estar continuamente estimulando os pacientes a inserir no seu cotidiano a realização de exercícios físicos, orientando-os a desenvolver uma atividade que esteja dentro da capacidade funcional de cada paciente.

O sedentarismo aparece na atualidade, como um dos principais fatores para a predisposição de doenças crônicas e como fator para complicações nos portadores destas doenças, em virtude do risco para o aumento de peso, deposição de gorduras no organismo

dos indivíduos, podendo levar ao aparecimento da obesidade e o surgimento de morbidades (CALIXTO, 2010).

Jesus et al. (2008) destacaram a importância de se modificar os hábitos de vida de uma população através de programas educativos que forneçam informação e instrumentos para esta melhora, devendo ser parte dos objetivos de programas de saúde e merecer atenção especial dos enfermeiros.

A saúde está intrinsecamente ligada à qualidade de vida, com isso, é importante que os enfermeiros e os demais profissionais de saúde possam estimular medidas saudáveis às pessoas de maneira clara e objetiva e de forma que possa ser compreendida (SILVA; LIMA, 2006).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e natureza do estudo

Trata-se de um estudo analítico e transversal, com natureza quantitativa.

Os estudos transversais analisam dados em um determinado ponto no tempo; isto é, os dados são coletados apenas em uma ocasião sobre os mesmos assuntos e não sobre os mesmos assuntos em vários pontos do tempo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Estudos analíticos são aqueles delineados para examinar a existência de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Os estudos quantitativos traduzem em números as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas utilizando técnicas estatísticas, sendo, portanto, um meio para testar teorias objetivas examinando as variáveis que podem ser medidas tipicamente por instrumento para que os dados numéricos possam ser avaliados posteriormente (CRESWELL, 2010).

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família (USF) que compõe a Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Teresina - Piauí, no período de agosto de 2011 a setembro de 2012.

Em Teresina, 211 Equipes de Saúde da Família estão localizadas na zona urbana e 21 na zona rural e são divididas em 3 regionais: centro-norte, leste-sudeste e sul. O estudo foi realizado na zona urbana do município, em virtude de apresentar uma quantidade significativa de pacientes com HAS cadastrados, além disso, trata-se de região de fácil acesso aos pesquisadores. Sendo assim, a pesquisa foi realizada na USF durante as consultas de enfermagem com idosos com HAS, cadastrados do HIPERDIA do município e que residiam na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família estudada.

4.3 População e amostra

Neste estudo, a população foi composta pelos idosos com HAS residentes em Teresina, cadastrados na área de abrangência da equipe da USF sorteada. Como a população era composta por menos de 200 idosos com HAS, não houve necessidade de cálculo de amostra. Sendo assim, a amostragem foi do tipo intencional, com abordagem dos idosos que

comparecem às consultas durante o período de coleta de dados, que correspondeu a 85 participantes.

Foram considerados critérios de inclusão: indivíduos com 60 anos de idade ou mais, de ambos os sexos, com diagnóstico de HAS, que comparecessem às consultas de enfermagem durante o período de coleta de dados. Como critério de exclusão: indivíduos que apresentassem diabetes *mellitus* associado à HAS e que houvesse impossibilidade de aferir PA, IMC e/ou não pudesse responder aos itens do instrumento diretamente.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu no período de março e abril de 2012, na Unidade Básica de Saúde Dr. Reginaldo Macedo Castro, durante as Consultas de Enfermagem.

Foi utilizado um instrumento de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo (MOREIRA, 2003), que foi aplicado como um formulário (ANEXO A). Segundo Marconi e Lakatos (2006), o formulário deve ser preenchido pelo investigador, consistindo na coleta de informações diretamente do entrevistado. O instrumento consiste em uma escala que pode ser utilizada para avaliar a adesão ao tratamento da HAS por meio da investigação de dez variáveis que abrangem o tratamento medicamentoso e de mudança de estilo de vida. A pontuação da escala possui valor mínimo de zero e máximo de dez, referente a variáveis específicas relacionadas à HAS. As dez variáveis são referentes à: consumo de sal e de gordura adequados, índice de massa corpórea (IMC), abstinência do fumo, ausência de ingestão alcoólica, prática regular de exercícios físicos, enfrentamento eficaz do estresse, uso adequado do medicamento, comparecimento às consultas nos períodos em que são marcadas na USF, controle da PA.

Ao final, o somatório da pontuação de cada item permitiu a obtenção de uma nota, que classifica a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em: paciente ideal, não adesão leve, não adesão moderada, não adesão grave ou não adesão gravíssima.

Os dois últimos itens atribuem pontuação referente à PA e ao IMC. A aferição da PA foi realizada em dois momentos: a primeira aferição no início da entrevista e a outra no final desta. O menor valor foi considerado para a obtenção da nota. A verificação obedeceu às normas das VI DBH (SBC, 2010) (ANEXO B).

O peso corporal foi aferido na balança mecânica da Unidade com capacidade de até 150kg (variação de 0,1kg), após instrução ao participante para se manter ereto, com calcanhares unidos e pés descalços. A estatura foi verificada por meio de fita antropométrica,

inextensível (variação de 1mm). A partir de tais medidas foi possível calcular o IMC, que, por conseguinte, foi classificado em baixo peso, peso normal, sobrepeso ou obesidade de acordo com a classificação proposta pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2010) (Quadro 1).

Quadro 1 – Parâmetros para classificação do índice de massa corpórea

Classificação	Parâmetros
Peso baixo	< 18,5 kg/m ²
Normal	18,5 – 24,9 kg/m ²
Sobrepeso	25,0 – 29,9 kg/m ²
Obesidade I	30,0 – 34,9 kg/m ²
Obesidade II	35,0 – 39,9 kg/m ²
Obesidade III	40 kg/m ²

Fonte: Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2010)

O parâmetro para considerar o idoso como ativo no lazer foi realizar alguma atividade física de intensidade leve ou moderada pelo menos cinco vezes por semana por, pelo menos, 30 minutos. Esse parâmetro foi escolhido porque se tratam de idosos e, por isso, devem fazer atividade física aeróbica de baixa à moderada intensidade e impacto, prevenindo desta forma quedas, lesões musculares, sobrecarga articular e cardíaca (WHO, 2004; CUNHA et al., 2008).

Os idosos foram questionados, ainda, acerca das características sociodemográficas e clínicas, incluindo autopercepção de saúde com escala pré-definida, que contribuiriam para averiguar seu impacto na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

4.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados e analisados utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. A análise foi realizada por meio de estatística descritiva e analítica.

A análise descritiva foi realizada através dos cálculos das frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas e clínicas dos idosos; média e desvio padrão ou mediana das variáveis contínuas.

Para as análises comparativas (associação) utilizou-se como recurso a estatística analítica. Foi utilizado o teste Qui-quadrado de *Pearson* (χ^2) (ou Razão de Verossimilhança) para variáveis categóricas.

Foram considerados significativos para associação estatística os valores de $p < 0,05$. Os resultados foram apresentados em tabelas e figuras (gráficos), sendo interpretados e discutidos com base na literatura científica sobre a temática em estudo.

4.6 Aspectos éticos

Este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI, após aprovação para execução junto à Fundação Municipal de Saúde de Teresina. O trabalho foi aprovado com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) N° 0305.0.045.000-11 (ANEXO C). A pesquisa teve prosseguimento após cada paciente ter conhecimento acerca da metodologia do estudo e que assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), caso aceitasse participar da pesquisa (APÊNDICE A).

O desenvolvimento desta pesquisa seguiu os princípios a Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece os preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos. Segundo esta resolução, a ética da pesquisa implica em: consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes; ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; garantia de que os danos previsíveis serão evitados; e relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária (BRASIL, 1996).

5 RESULTADOS

A aplicação do formulário na pesquisa com os 85 idosos com HAS permitiu levantar questões importantes e resultou no delineamento das características sociodemográficas e clínicas, assim como na análise da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. A seguir foram apresentadas tabelas e figuras que facilitarão a compreensão dos resultados.

5.1 Caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos

Os resultados acerca das características sociodemográficas e econômicas dos idosos com HAS investigados foram descritos na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e econômica dos idosos com hipertensão arterial sistêmica. Teresina - PI, mar./abr., 2012.

Variáveis	<i>f</i>	%	Estatística
Sexo			
Feminino	46	54,1	
Masculino	39	45,9	
Faixa etária			
60 – 69 anos	56	65,9	Média ± DP = 68,0 ± 6,5 anos
70 – 79 anos	22	25,9	
80 – 85 anos	7	8,2	
Estado civil			
Viúvo	22	25,9	
Solteiro	3	3,5	
Divorciado	7	8,2	
Casado	53	62,7	
Raça/cor da pele			
Negra	34	40,0	
Branca	20	23,5	
Parda	31	36,5	
Escolaridade			
Não sabe ler/escrever	7	8,2	Mediana = 5 anos de estudo
Ensino fundamental completo	16	18,8	
Ensino fundamental incompleto	48	56,5	
Ensino médio completo	10	11,8	
Ensino médio incompleto	4	4,7	
Renda familiar (em salários mínimos)			
≤ 1 SM	38	44,7	Mediana = R\$ 700,00
1 SM < X ≤ 2 SM	36	42,4	
2 SM < X ≤ 4 SM	11	12,9	
Número de pessoas com quem reside			
Mora sozinho	2	2,4	Mediana = 2 pessoas
1 – 4 pessoas	69	81,2	
4 – 9 pessoas	14	16,5	

DP: desvio padrão; SM: salário mínimo = R\$ 622,00

O sexo predominante foi o feminino (54,1%), a faixa etária mais prevalente foi de 60 - 69 anos, com 65,9% dos participantes e 62,7% dos idosos informaram ser casados. Em relação à raça, observou-se que 40,0% dos hipertensos se autodeclararam com raça/cor da pele negra, seguido por 36,5% dos idosos hipertensos que se consideravam de cor parda.

Constatou-se que 56,5% idosos com HAS possuíam o ensino fundamental incompleto, com mediana de cinco anos de estudo. Com relação à renda, 87,1% dos participantes apresentavam renda familiar mensal de até dois salários mínimos, com mediana de R\$ 700,00. Com relação à quantidade de pessoas com quem residiam, 83,6% moravam com no máximo quatro pessoas, com mediana de duas pessoas.

Em seguida, foram expostos os resultados referentes às características clínicas dos idosos com HAS investigados (Tabela 2).

Tabela 2 - Características clínicas dos idosos com hipertensão arterial. Teresina – PI, mar./abr., 2012.

Variáveis	<i>f</i>	%	Média ± DP
Sedentarismo			
Sim	62	72,9	
Não	23	27,1	
Tabagismo			
Ex-fumante	35	41,2	
Nunca fumou	44	51,8	
Fumante	6	7,1	
Pressão arterial			
Normal	41	48,2	
Limítrofe	9	10,6	
HAS Estágio 1	16	18,8	PAS=133,9±16,1mmHg
HAS Estágio 2	7	8,2	PAD=85,2±11,1mmHg
HAS Estágio 3	3	3,5	
Hipertensão sistólica isolada	9	10,6	
Índice de massa corpórea			
Baixo peso	3	3,5	
Peso normal	21	24,7	26,8±5,0kg/m ²
Sobrepeso	40	47,1	
Obesidade	21	24,4	

DP: desvio padrão; HAS: hipertensão arterial sistêmica; PAD: pressão arterial diastólica; PAS: pressão arterial sistólica

De acordo com os dados da Tabela 2, verificou-se que 72,9% dos idosos hipertensos não realizavam nenhum tipo de atividade física regular. Os usuários relataram dificuldades em realizar atividades físicas devido a problemas nas articulações e à falta de motivação advinda da idade, considerada por eles como avançada. Alguns referiram não ter conhecimento dos benefícios da prática regular de atividade física.

Além disso, analisou-se o hábito do tabagismo, no qual 51,8% nunca possuíram tal hábito. No que se refere à PA de acordo com as VI DBH, constatou-se que 48,7% dos idosos estavam com a PA normal e 18,8% encontravam-se com HAS em estágio 1. A partir do cálculo do IMC, verificou-se que 47,1% dos participantes foram classificados como indivíduos com sobrepeso, comprovado pelo cálculo da média dessa variável.

5.2 Adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo

A seguir, foram apresentados os resultados referentes aos graus de adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo, classificação esta baseada no somatório indicado pelo instrumento de Moreira (2003) (Figura 1).

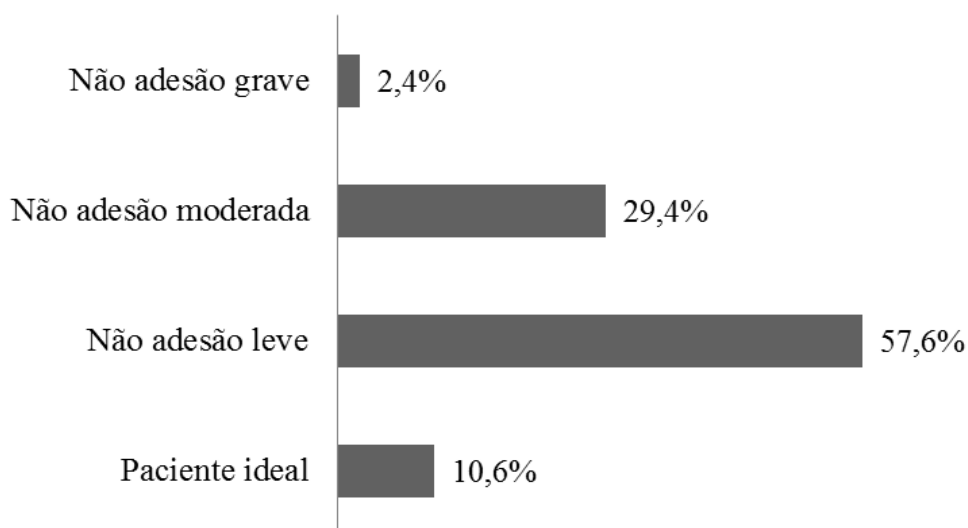


Figura 1 - Graus de adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo. Teresina-PI, mar./abr., 2012.

De acordo com os resultados obtidos através do instrumento de avaliação da adesão ao tratamento da HAS, pôde-se observar que mais da metade dos idosos foram classificados com não adesão leve e quase um terço com não adesão moderada. É necessário destacar que o mais alto grau de não adesão que o idoso poderia ser avaliado pelo instrumento correspondia à não adesão gravíssima, contudo, apesar de pequeno percentual (2,4%), os idosos participantes atingiram no máximo o grau de não adesão grave.

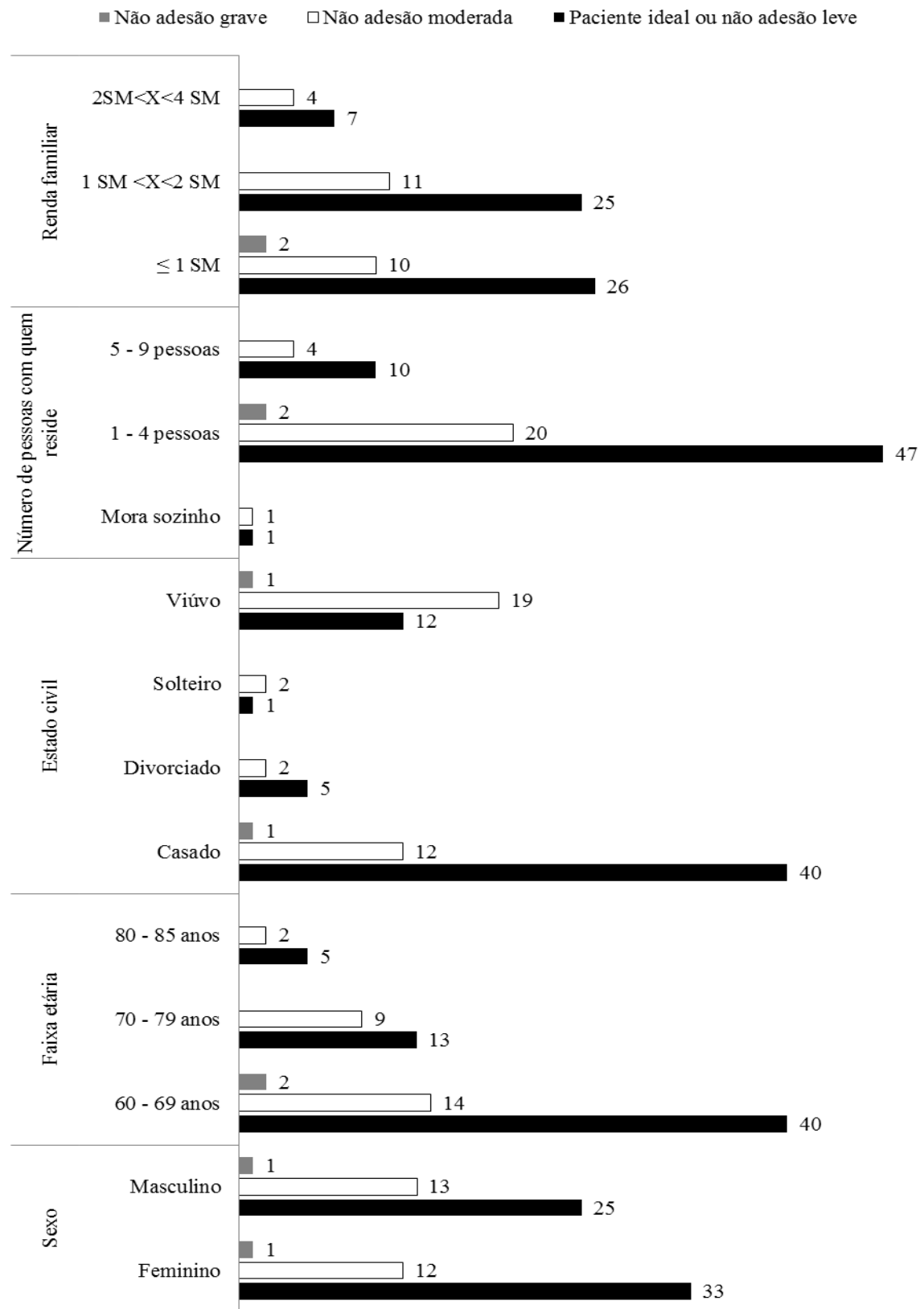


Figura 2 - Frequências absolutas dos graus de adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos idosos segundo as características sociodemográficas. Teresina – PI, mar./abr., 2012.

Com base nos dados apresentados na Figura 2, observou-se que na quase totalidade das variáveis sociodemográficas investigadas prevaleceram os idosos com adesão ideal ou não adesão leve. Sendo que em relação ao estado civil, a não adesão moderada foi mais frequente entre os indivíduos viúvos e solteiros. Já os participantes com não adesão grave foram mais frequentes com renda familiar menor ou igual a um salário mínimo, com faixa etária entre 60 – 69 anos e que residem com 1 a 4 pessoas.

Com base nos dados apresentados na Figura 2, constatou-se que nenhuma das variáveis sociodemográficas esteve associada à adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo ($\chi^2 = 1,459$; $p = 0,371$).

Na Figura 3, foi esquematizada a associação entre os percentuais de auto percepção de saúde dos idosos com HAS e o grau de adesão destes ao tratamento anti-hipertensivo.

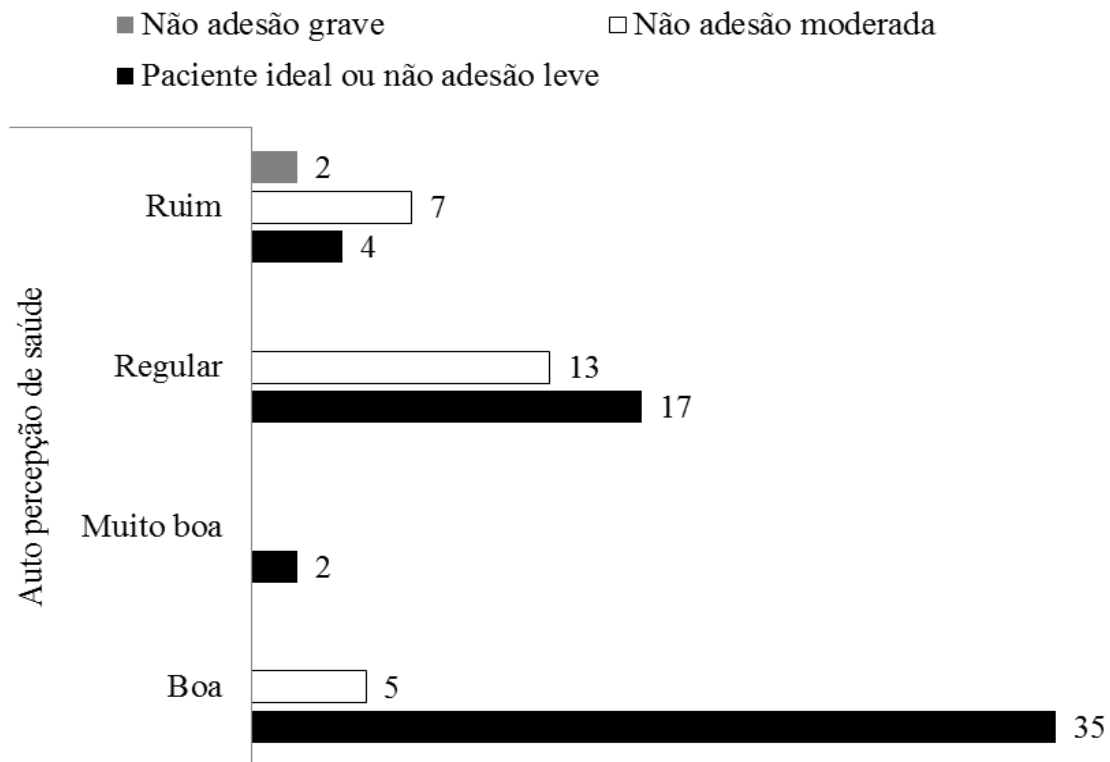


Figura 3 - Graus de adesão ao tratamento anti-hipertensivo segundo a auto percepção de saúde dos idosos. Teresina – PI, mar./abr., 2012.

Os idosos com boa auto percepção de saúde foram, com maior frequência, pacientes com adesão ideal ou não adesão leve ao tratamento anti-hipertensivo ($\chi^2 = 3,952$; $p =$

0,001), o que demonstrou que, no grupo de idosos estudado, o modo positivo como estes encaravam sua saúde esteve associada com os melhores graus de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, segundo o instrumento utilizado.

6 DISCUSSÃO

Tendo em vista que a HAS trata-se de uma doença crônica degenerativa, com alta prevalência entre os idosos, seguir o tratamento preconizado apresenta-se como premissa básica para manter em níveis satisfatórios a PA, prevenindo complicações graves para a saúde.

Entre os participantes, o sexo feminino foi predominante, sendo este fator relacionado à prevalência das mulheres na população brasileira, além do que elas procuram mais frequentemente os serviços de saúde na busca pelo diagnóstico e tratamento das doenças quando comparada ao sexo masculino, embora existam muitos homens acometidos pela HAS (DOURADO et al., 2011). Esse dado está em concordância com a literatura, demonstrado nos estudos de Mendonça e Santos (2011) e Cesarino et al. (2011) sobre caracterização dos fatores de risco e tratamento anti-hipertensivo, que mostram a prevalência do sexo feminino de 67% e 60,9%, respectivamente.

Em relação à faixa etária, observou-se o predomínio da população entre 60-69 anos. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Damasceno et al. (2010) sobre as características de uma população de idosos hipertensos no qual 54% dos indivíduos estavam nessa mesma faixa etária. Esta característica aparece em decorrência do processo de envelhecimento da população brasileira, além disso, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), estima-se que pelo menos 65% dos idosos brasileiros são hipertensos. Souza et al. (2007) ressaltam que as alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de HAS.

Além disso, nessa amostra, observou-se que grande parte dos hipertensos eram casados, corroborando com os estudos de Ungari e Fabbro (2010) e Cesarino et al. (2012) que mostraram prevalências de indivíduos portadores de HAS casados de 63,6% e 74,4%, respectivamente. Conforme Vasconcelos et al. (2011), a presença de um companheiro ou de laços familiares estáveis está relacionada com o acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a uma maior possibilidade diagnóstica de HAS. Além disso, considera-se imprescindível à presença familiar no acompanhamento da pessoa com HAS, encorajando-a a aderir ao tratamento. As modificações no estilo de vida necessitam de intensa participação familiar, por requisitarem alterações de fatores que repercutirão no sistema familiar como um todo.

Quanto à raça/cor da pele, neste estudo predominou a cor negra. De acordo com as VI DBH (SBC, 2010), quanto à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduo de cor não branca.

Constatou-se que mais da metade dos idosos hipertensos possuíam o ensino fundamental incompleto. Esta situação esteve presente também no estudo sobre caracterização de usuários hipertensos e adesão ao tratamento de Cesarino et al. (2012), em que 70,9% dos hipertensos possuíam ensino fundamental incompleto. Conforme Rodrigues, Diniz e Tavares (2009), a baixa escolaridade ainda prevalece entre os idosos e pode representar dificuldades no entendimento das orientações realizadas pela equipe multiprofissional, assim como no seguimento do tratamento. Para Cotta et al. (2009), é necessário o desenvolvimento de ações educativas que facilitem o entendimento e favoreçam a troca de experiências entre os idosos, para o enfrentamento dos desafios do tratamento e controle da HAS.

Para o nível socioeconômico, a grande maioria dos idosos estudados possuía renda de até dois salários mínimos. Esta característica foi observada também no estudo sobre caracterização de uma população de idosos hipertensos de Damasceno et al. (2010), que obteve prevalência de 95,0% de hipertensos com renda familiar de até um salário mínimo.

A condição socioeconômica é um fator que pode influenciar na gênese e tratamento da HAS. A falta de recursos financeiros está aliada à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e para o cumprimento do tratamento, por exemplo, na mudança dos hábitos alimentares (PIERIN et al., 2001).

Quanto ao número de pessoas com quem residiam, o maior percentual correspondeu àqueles que viviam com uma a quatro pessoas. Segundo Cintra; Guarieto e Miyasaki (2010), a participação da família mostra-se importante para o cumprimento da terapêutica pelos idosos, uma vez que com o avançar da idade eles tendem a se tornar mais dependentes devido aos déficits cognitivo e fisiológico.

A partir da análise das características sociodemográficas e econômicas dos idosos com HAS, entendeu-se que os profissionais de saúde, tais como os enfermeiros, devem estabelecer um nível de comunicação adequado aos pacientes, durante da consulta e na realização de atividades educativas, buscando a melhor compreensão por parte dos pacientes ao seguimento da terapêutica.

Conforme apontado na literatura, há necessidade de incluir a investigação do perfil sociodemográfico e econômico no planejamento das ações de saúde, devido à conhecida relação entre desigualdade socioeconômica e situação de saúde da população. Essas

diferenças desempenham importante papel nas condições de saúde em decorrência de vários fatores, tais como acesso ao sistema de saúde, grau de informação, compreensão do problema e adesão ao tratamento (FELIPE et al., 2011).

Acerca do sedentarismo constatou-se neste estudo que a maioria dos idosos hipertensos não realizava exercício físico. Foram encontrados resultados semelhantes no estudo de Lima et al. (2010), com hipertensos, no qual 69,3% referiram não realizar atividade física e, na pesquisa de Lebrão et al. (2011) sobre HAS e indicadores antropométricos de gordura em idosos, encontrou-se 70,3% de hipertensos sedentários.

Um fator explicativo para um percentual tão alto de idosos sedentários talvez esteja relacionado ao parâmetro utilizado no instrumento para coleta de dados da presente pesquisa, pois para ser considerado ativo no lazer, o idoso deveria realizar alguma atividade física de intensidade leve ou moderada pelo menos cinco vezes por semana por, pelo menos, 30 minutos. Esse parâmetro foi escolhido porque se tratam de idosos e, por isso, devem fazer atividade física aeróbica de baixa à moderada intensidade e impacto, prevenindo desta forma quedas, lesões musculares, sobrecarga articular e cardíaca. Atividades de intensidade vigorosa, geralmente utilizadas como parâmetro para estudos com adultos, devem ser realizadas pelo menos três vezes por semana, durante, no mínimo 20 minutos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2004; CUNHA et al., 2008).

Ressalta-se a importância dos pacientes hipertensos em iniciar uma atividade física regular, pois além de diminuir a PA, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de AVE, bem como a mortalidade geral, facilitando, ainda, o controle do peso (BRASIL, 2006).

Em relação ao tabagismo, observou-se elevado percentual de idosos ex-fumantes ou fumantes. No estudo de Lebrão et al. (2010), a prevalência para ex-fumantes foi de 51,0% e para fumantes obtiveram um índice 23,1%. De acordo com Oliveira, Bubach e Flegeler (2009), os hipertensos fumantes apresentam maior incidência de AVE e eventos coronarianos do que aqueles que não fumam.

Quanto aos valores de PA, constatou-se que quase metade dos idosos apresentou valores menores que 140/90 mmHg. Cesarino et al. (2012) indica que o controle da PA para níveis abaixo 140/90 mmHg proporciona redução da morbidade e mortalidade atribuídas à HAS, tendo um decréscimo de 53% no número de indivíduos acometidos por DCNIs e aumento na expectativa de vida de aproximadamente 60%

De acordo com as VI DBH (SBC, 2010), o controle da PA é fundamental para a redução dos eventos cardiovasculares e, ainda de acordo com a mesma publicação, no Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%).

Gusmão (2005) avaliou o controle da PA em portadores de HAS complicados e não complicados que participaram de programa de atenção especial com atividades multidisciplinares, assistência individualizada e reuniões periódicas em São Paulo, SP. Após três anos do término do programa, observou-se que o valor da PA caiu significativamente nos pacientes complicados, de 70% para 49%, e nos não complicados de 78% para 50%. Os resultados evidenciaram a importância da equipe multidisciplinar em uma atuação individualizada e contínua no tratamento da HAS.

O resultado deste estudo referente ao IMC é semelhante ao da pesquisa realizada por Borba e Muniz (2011) no qual a avaliação do estado nutricional mostrou a prevalência de sobrepeso (52,3%) entre os idosos.

Segundo Goulart e Bensoñor (2006), o excesso de peso constitui um problema de saúde pública importante na sociedade, pois está associado a uma série de doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares, HAS, diabetes *mellitus* e dislipidemias, que parecem se elevar progressivamente quando o IMC atinge níveis superiores a 25 kg/m².

Para Silva; Caritá e Morais (2010), a ocorrência de sobrepeso está presente, mais comumente entre idosos, pelo término de sua atividade laboral com diminuição importante das atividades exercidas em idade produtiva; assim, a intervenção no processo de aquisição de peso se faz necessária para esses usuários, através de orientações dietéticas e programas de exercícios físicos.

Diante disso, salienta-se a importância da enfermagem na realização da educação em saúde e acompanhamento dessas pessoas através de orientações, incentivo e monitoramento do indivíduo, com finalidade de melhorar seu estado geral de saúde.

Neste estudo a avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo foi realizado por meio de formulário Moreira (2003), através do qual se obteve que mais da metade dos idosos foram classificados como não adesão leve e quase um terço com não adesão moderada. Esse resultado não corresponde aos encontrados por Cavalari (2010), cujo estudo apontou que 72% dos portadores de HAS não tiveram adesão ao tratamento quando avaliados pelo Teste Morisky-Green e Muxfeld et al. (2004) obtiveram 45% de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo com a utilização de questionário validado. A alta prevalência de indivíduos

aderentes neste estudo (pois no instrumento de Moreira (2003) a *não adesão leve* é próxima à *adesão ideal*) poderia justificar-se considerando que a população investigada já era assistida por uma equipe multidisciplinar de uma USF.

Para Rodrigues, Diniz e Tavares (2009) a adesão dos idosos ao tratamento pode ser influenciada por diversos fatores, dentre eles, o regime terapêutico, observou-se que a grande quantidade de medicamentos, variadas doses e dificuldade na mudança de estilo de vida dificultam a adesão ao tratamento; e os aspectos socioeconômicos e demográficos, como, indivíduos do sexo masculino, idade avançada, baixa condição socioeconômica e de escolaridade foram identificadas como altamente relevantes e estão associados a menor adesão ao tratamento. A não adesão pode acarretar diversas complicações cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e AVE.

Portanto, considera-se que a adesão dos idosos ao tratamento da HAS é fundamental para que o paciente tenha melhor qualidade de vida e menor risco de complicações cardiovasculares. Para isto, o hipertenso deve acreditar que é possível reduzir a severidade da doença, e isso só será possível a partir do momento em que reconhecer que precisa alterar alguns de seus comportamentos. Diante disso, é muito importante fornecer aos idosos elementos para que possa compreender o tratamento levando-o a acreditar que terá resultados positivos se segui-lo de forma adequada (MACHADO et al., 2012).

Sobre a maior frequência de idosos viúvos e solteiros com não adesão moderada ao tratamento anti-hipertensivo, a literatura aponta que o grau de adesão pode melhorar quando se tem um companheiro no lar, pois ter cônjuge é, muitas vezes, indicação de alto nível de apoio social disponível, pois os cuidadores cônjuges geralmente vivem com o indivíduo e fornecem compromisso e proximidade. Além disso, o cônjuge geralmente é o principal sistema de suporte da pessoa e, embora não se saiba exatamente o tipo de apoio fornecido, o companheiro desempenha papel crucial na adesão ao tratamento, contribuindo para a redução do risco de hospitalização e de mortalidade (CHUNG et al., 2009).

Os participantes com não adesão grave foram mais frequentes com renda familiar menor ou igual a um salário mínimo. Para Vasconcelos et al. (2011), é importante investigar a renda familiar dos portadores de doenças crônicas, por necessitarem de acompanhamento, principalmente no tocante à compra de medicamentos e à compra de alimentos de acordo com as restrições dietéticas. Diante disso, as condições socioeconômicas podem ser consideradas como preditoras da não adesão ao tratamento, quanto mais baixas, menores são as taxas de

adesão ao tratamento anti-hipertensivo, pois é menor o conhecimento da doença e mais difícil o acesso aos serviços de saúde.

Mais da metade dos participantes com idade entre 60-69 anos foram considerados como paciente ideal ou não adesão leve. De acordo com Vasconcelos et al. (2011), a adesão ao programa terapêutico pode ser mais difícil para os idosos, pois eles utilizam mais medicamentos que qualquer outro grupo etário e possuem menor habilidade para apreender e adquirir novos domínios e informações, principalmente, sendo necessárias prescrições bem explicadas nesse grupo etário. Sendo assim, o enfermeiro, deve assistir o idoso de maneira individualizada, nos contextos familiar e social, levando em consideração as suas limitações físicas, psíquicas, sociais.

Por outro lado, no estudo de Ribeiro e Costa Neto (2011) sobre hipertensos em tratamento, certificou que os mais jovens apresentavam menor adesão, contrário aos indivíduos com idade mais avançada. Nesse sentido, Car; Pierin e Aquino (1991) alegam que, no vigor da juventude, a pessoa não se sente susceptível às doenças, diferente do que ocorre com o idoso. Com a decadência orgânica, o idoso tende a seguir o tratamento com maior rigor, sendo que esse poderá representar maior perspectiva de vida.

Neste estudo a maioria dos pacientes classificados como paciente ideal ou não adesão leve moravam com uma a quatro pessoas. No estudo de Cintra; Guarieto e Miyasaki (2010), a variável arranjo familiar mostrou associação estatisticamente significativa com a adesão ao tratamento. Dentre os que aderiam ao tratamento, 91,1% moravam com familiares.

Para Araújo e Garcia (2006) o apoio familiar é um evento antecedente da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Nesse conteúdo, considera-se imprescindível a presença familiar no acompanhamento do paciente com HAS, encorajando-o a aderir ao tratamento. As modificações no estilo de vida do paciente, uma das fases do tratamento da HAS, necessitam de intensa participação familiar, por requisitarem alterações de fatores que repercutirão no sistema familiar como um todo. Ainda em relação ao núcleo familiar, a visita domiciliar ao paciente pode ser o momento ideal para o enfermeiro observar as relações familiares e a necessidade de desenvolver atividades educativas com a família e outras pessoas significativas, que podem ser o suporte social dos pacientes.

Neste estudo, a não associação entre as características sociodemográficas e econômicas com os graus de adesão ao tratamento anti-hipertensivo pode estar relacionada à heterogeneidade da amostra, pois houve grande variação na caracterização, considerando ser

pequeno o quantitativo de pessoas que participaram. Por isso, houve a necessidade de calcular medidas de tendência central que favorecessem essa variação.

Em relação à percepção de saúde, podemos observar que os idosos que percebem melhor a saúde podem sentir mais motivados no engajamento para o controle das HAS, principalmente, por acreditarem que ter atitudes positivas frente à saúde pode ajudar no controle da doença. Por outro lado, idosos que possuem uma percepção negativa sobre sua saúde podem ter mais dificuldade ou se sentirem desestimulados a engajarem-se no tratamento, contribuindo, por conseguinte, para o agravamento da doença e o aparecimento de complicações associadas.

Para Mendonça e Santos (2011), as percepções do indivíduo sobre seu próprio bem estar fazem parte de uma rede complexa de fatores que condicionam atitudes relacionadas à saúde. Em outras palavras, seguir as orientações dos profissionais de saúde tem sentido diferente para cada sujeito, sentido muitas vezes diversos daquilo que o profissional de saúde propôs. Desta forma, há a necessidade de articular a linguagem do profissional com a do usuário de saúde.

7 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu avaliar a adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo, no qual se observou que deve existir uma avaliação cuidadosa e minuciosa pelos profissionais para investigar se os hipertensos possuem um seguimento adequado da terapêutica. A investigação dos índices de adesão possibilitou delimitar os aspectos que interferem na mesma. A realização de ações educativas e preventivas para orientar os pacientes sobre o tratamento para a HAS se constitui em algumas das formas de melhorar a adesão ao tratamento.

No que se refere às características sociodemográficas, houve maior frequência do sexo feminino e faixa etária de 60 a 69 anos, sendo a idade máxima encontrada de 85 anos. Em relação à cor, a maioria foi de não brancos (negros ou pardos); mais da metade dos integrantes da pesquisa foi de indivíduos casados; em relação à escolaridade do grupo, a maioria dos idosos possuía ensino fundamental incompleto; a renda familiar mensal foi de um salário mínimo, quase sempre proveniente da aposentadoria do próprio idoso, este como único provedor da família; quanto à vida em sociedade familiar, a maioria dos idosos morava com de uma a quatro pessoas. Houve uma prevalência alta de idosos sedentários, ex-fumantes e com sobrepeso, contudo, o maior percentual correspondeu àqueles com PA normal no momento da coleta de dados.

A realização deste estudo possibilitou identificar que a adesão ao tratamento é um processo complexo implicado por diversos fatores, sejam relacionados ao paciente, à doença, à terapêutica ou ao serviço, e envolve diversos fatores, tais como ambientais e sociais. Foi possível observar que a maioria dos idosos aderiu parcialmente ao tratamento, sendo que as maiores dificuldades foram relacionadas às mudanças no estilo de vida, como exercícios físicos e hábitos alimentares. **Neste estudo, a maior frequência foi de idosos com não adesão leve em relação ao instrumento usado na avaliação. Idosos com boa autopercepção de saúde tiveram notas de adesão correspondentes à pacientes ideais ou com não adesão leve, ou seja, hipertensos que apresentaram uma percepção positiva da sua própria condição de saúde aderiram mais ao tratamento.**

Resolver o problema da adesão pode ter melhores resultados se apoiado na sondagem prévia dos fatores que dificultam o correto seguimento terapêutico para que medidas específicas sejam tomadas. Se os pacientes compreendem plenamente as consequências da não adesão, os profissionais de saúde ganham aliados na busca da adesão ideal.

Diante disso, a atuação da equipe multiprofissional na atenção básica deve procurar realizar intervenções educativas com o objetivo da sensibilização dos idosos hipertensos para a adoção de hábitos saudáveis e para o correto uso da medicação, com vistas a promover a saúde e a prevenção de complicações.

Para a realização desta pesquisa, foi necessário superar algumas limitações, tais como, dificuldade de encontrar estudos comparativos para análise sobre a adesão, pois quando se trata dessa temática, os estudos entre adultos são mais frequentes que entre os idosos, além disso, como são muito diversificados os instrumentos para avaliar essa adesão, a comparação entre os estudos às vezes fica prejudicada. Além disso, ressalta-se que a quantidade de idosos participantes que foi pequena, principalmente em decorrência de se tratarem de idosos com HAS não associada ao diabetes, contudo, compreendeu-se ser necessária a adoção de tal critério de inclusão, pois acredita-se ser diferente avaliar a adesão ao tratamento, em um só estudo, de idosos com uma e duas co-morbidades, já que a finalidade deste estudo não era comparar a adesão de idosos somente com HAS e idosos com HAS e diabetes.

Por fim, ressalta-se que o enfermeiro deve conhecer as características da população adscrita a sua unidade, a fim de diagnosticar as necessidades e possíveis dificuldades dos hipertensos para o tratamento, além de realizar o acompanhamento dos pacientes por meio de avaliações periódicas a fim de observar a evolução da doença. Conhecer os índices de adesão e as características sociodemográficas dos idosos com HAS é importante para o enfermeiro delimitar prioridades e traçar metas relacionadas ao tratamento dos idosos, a fim de conseguir melhores índices de adesão, tanto para o tratamento medicamentoso como para as mudanças de estilo de vida.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 259 – 272, 2006.
- BORBA, T. B.; MUNIZ, R. M. Sobrepeso em idosos hipertensos e diabéticos cadastrados no Sistema HiperDia da Unidade Básica de Saúde do Simões Lopes, Pelotas, RS, Brasil. **Rev. enferm. saúde**, v. 1, n.1, p. 69-76, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: MS, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica, 15).
- CAETANO, J. A.; COSTA, A. C.; SANTOS, Z. M. S.; SOARES, E. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n 2, p. 327-35, 2008.
- CALIXTO, A.A.T.F. **Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial internados em um hospital privado do interior paulista**. 2010. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.
- CAR, M. R.; PIERIN, A. M. G.; AQUINO, V. L. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 25, n. 3, p. 259-269, 1991.
- CAVALARI, E. **Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial**. 2010. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.
- CESARINO, C. B. et al. Caracterização de usuários hipertensos e adesão ao tratamento em Unidade de Saúde da Família. **Cogitare Enferm**. V. 17, n. 1, p. 91-98, 2012.
- CHAZEN, A. C.; PEREZ, E. A. Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) nos municípios do estado do Rio de Janeiro. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 10-16, 2008.
- CHUNG, M. L. et al. Marital status as an independent predictor of event-free survival of patients with heart failure. **Am. J. Crit Care**, v. 18, n. 6, p. 562-570, 2009.
- CINTRA, F. A.; GUARIETO, M. E.; MIYASAKI, L. A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. 3, p. 3507-3515, 2010.
- CONTIERO, A.P. et al. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 30, n.1, p. 62-70, 2009.

COTTA, R. M. M. et al. Perfil socio sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1251-1260, 2009.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, I. C.; PEIXOTO, M. R. G.; JARDIM, B. V.; ALEXANDRE, V. P. Fatores associados à prática de atividade física na população adulta de Goiânia: monitoramento por meio de entrevistas telefônicas. **Rev. Bras. epidemiol.**, v. 11, n. 3, p. 495-504, 2008.

DAMASCENO, M. M. C.; ROMERO, A. D.; SILVA, M. J.; SILVA, A. R. V.; FREITAS, R. W. J. F. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa Unidade de Saúde da Família. **Rev. Rene**, v. 11, n. 2, p. 72-78, 2010.

DOSSE, C. et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 201-206, 2009.

DOURADO, C. S.; FREITAS, K. N.; OLIVEIRA, J. S.; LEADEBAL, C. P.; SILVA, G. R. F. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta sci. Health sci.**, v.33, n.1, p. 9-17, 2011.

FELIPE, G. F.; ABREU, R. N. D. C; MOREIRA, T. M. M. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. **Rev Esc Enferm.**, v. 42, n. 4, p. 620-627, 2008.

FELIPE, G. F.; MOREIRA, T. M. M.; SILVA, L. F.; OLIVEIRA, A. S. S. Consulta de enfermagem ao usuário hipertenso acompanhado na atenção básica. **Rev. Rene**. v. 12, n. 2, p. 287-294, 2011.

GOULART, A. C.; BENSONÕR, I. J. M. Obesidade e hipertensão. **Rev. Bras. Hipertes.**, v. 9, n. 1, p. 27-30, 2006.

GUSMÃO, J. L. **Avaliação da qualidade de vida e controle da pressão arterial em hipertensos complicados e não complicados**. 104 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, SP, 2005.

INFORMES TÉCNICOS INSTITUCIONAIS. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p.585-588, 2001.

JESUS, E. S. et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta Paul. Enferm.**, v. 21, n. 1, p. 59-65, 2008.

JOBIM, E. F. C., Hipertensão arterial no idoso: classificação e peculiaridades. **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 6, s/n, p. 250-253, 2008.

LEBRÃO, M. L.; MUNARETTI, D. B.; BARBOSA, A. R.; MARUCCI, M. F. N. Hipertensão arterial referida e indicadores antropométricos de gordura em idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 57, n. 1, p. 25-30, 2011.

LIMA, H.P. et al. Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo. **Rev. Rene**, v. 11, n. 2, p. 170-178, 2010.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189 – 201, 2003.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: Métodos, Avaliação crítica e Utilização**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MACHADO, C. J.; SOARES, M. M.; SILVA, L. O.L.; DIAS, C. A.; RODRIGUES, S. M. Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, v.17, n. 1, p. 144-150, 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MENDONÇA, F. F.; SANTOS, E. D. Caracterização dos fatores de risco e tratamento anti-hipertensivo de portadores de hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde do município de Goioerê, PR. **Revista Espaço para a Saúde, Londrina**, v. 12, n. 2, p. 10-17, 2011.

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

MUXFELD, E. S.; NOGUEIRA, A. R.; SALLES, G. F.; BLOCH, K. V. Demographic and clinical characteristics of hypertensive patients in the internal medicine outpatient clinic of a university hospital in Rio de Janeiro. **São Paulo Med. J.**, v. 122, n. 3, p. 87-93, 2004.

OLIVEIRA, C. J.; MOREIRA, T. M. M. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. **Rev. Rene**, v. 11, n. 1, p. 76-85, 2010.

OLIVEIRA, E. A.; BUBACH, S.; FLEGELER, D. S. Perfil do hipertenso em uma unidade de saúde da família. **Rev. Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 383-387, 2009.

PIERIN, A.M.G. et al. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.35, n.1, p. 11-18, 2001.

REINERS, A. A. O. et. al. Produção bibliográfica sobre adesão\ não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n. 2, p. 2299-2306, 2008.

RIBEIRO, E. G.; COSTA NETO, S. B. Análise dos indicadores relacionados ao grau de adesão ao tratamento de portadores de hipertensão arterial. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 20-32, 2011.

RODRIGUES, L. R.; DINIZ, M. A.; TAVARES, D. M. S. Características sócio-demográficas e de saúde entre idosos com hipertensão arterial. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 8, n. 4, p. 607-614, 2009.

SALES, C. M.; TAMAKI, E. M. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 157-163, 2007.

SANTOS, Z. M. S. A. et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 332-340, 2005.

SCHMIDT, M.I. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, v. 43, Supl. 2, p. 74-82, 2009.

SILVA, J. L. L.; LIMA, R. P. Orientações quanto a prevenção da hipertensão arterial sistêmica e seus agravos: alguns apontamentos. **Informe-se em promoção da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 13-15, 2006.

SILVA, S. S.; CARITÁ, E. C.; MORAIS, E. R. E. D. Fatores de risco para doença arterial coronariana em idosos: análise por enfermeiros utilizando ferramenta computacional. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 797-802, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, 1 supl.1, p.1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Teste seu índice de massa corporal**. Disponível em: <<http://www.sbem.org.br/teste-seu-imc/>> Acesso em: 14 set. 2011.

SOUZA, A.R.A. et al. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 88, n. 4, p. 441-446, 2007.

UNGARI, A.Q.; FABBRO, A.L.D. Adherence to drug treatment in hypertensive patients on the Family Health Program. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 46, n. 4, p. 811-818, 2010.

VASCONCELOS, S. M. M.; LANDIM, M. P.; OLIVEIRA, C. J.; ABREU, R. N. D. C.; MOREIRA, T. M. M. Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo por pacientes de unidade da estratégia saúde da família. **Rev. APS**, v. 14, n. 2, p. 132-138, 2011.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 285-294, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva: WHO, 2004.

ANEXO

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Código: _____	Data: ____/____/____
---------------	----------------------

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Sexo: () Masculino () Feminino	2. Data de nascimento: ____/____/____
3. Estado civil: () Solteiro () Casado () União consensual () Divorciado () Viúvo	
4. Raça/cor da pele: () branca () pardo () negro () amarelo () indígena	
5. Anos de estudo: _____	5.1. Classificação da escolaridade: _____
6. Fonte de renda atual: () Aposentado () Pensionista () Ativ. remunerada () Não possui	
6.1. Renda familiar: R\$ _____, _____	7. N° de pessoas que com quem reside: ____

II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

8. Atividade física (5 vezes por semana, pelo menos 30 min)? () Sim () Não	
9. Tabagismo? () Sim () Não () Ex-fumante	
10. Auto percepção de saúde? () Boa () Muito boa () Regular () Ruim	
11. PA (início da entrev.): ____/____ mmHg	12. PA (fim da entrev.): ____/____ mmHg
13. Peso: _____ kg	14. IMC: _____ kg/m ²

III. AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO¹

VARIÁVEIS	NOTA MÁXIMA	NOTA RECEBIDA	DESCRIÇÃO
CONSUMO DE SAL ADEQUADO	1,0	() (0,0)	Refere claramente que consome sal sem moderação. Menciona isto como sem importância.
		() (0,25)	Refere claramente que consome sal sem nenhuma moderação, mas diz saber que faz mal.
		() (0,5)	Refere claramente que consome muito sal, mas diz que quer diminuir e não consegue.
		() (0,75)	Refere que às vezes consome uma quantidade maior de sal, mas é raro.
		() (1,0)	Afirma ter cuidado extremo com a restrição ao sal.
CONSUMO DE GORDURA ADEQUADO	0,5	() (0,0)	Refere claramente que consome gordura, sem moderação e menciona isto como sem importância.
		() (0,12)	Refere claramente que consome gordura, sem nenhuma moderação, mas diz saber que faz mal.
		() (0,25)	Refere claramente que consome muita gordura, mas alega que quer diminuir e não consegue.
		() (0,37)	Refere que às vezes consome mais gordura, mas é raro.
		() (0,5)	Afirma ter cuidado extremo com a restrição a gordura.
ABSTINÊNCIA DO FUMO	0,5	() (0,0)	Refere claramente que fuma, em excesso, e conta isto como sem importância.
		() (0,12)	Refere claramente que fuma, em excesso, mas diz saber que faz mal.
		() (0,25)	Refere claramente que fuma, mas comenta que quer diminuir e não consegue.
		() (0,37)	Refere que às vezes fuma, mas é raro.
		() (0,5)	Afirma ter cuidado extremo com a restrição ao fumo.
AUSÊNCIA DE INGESTA ALCOÓLICA	0,5	() (0,0)	Refere claramente que é etilista, sem moderação, e fala nisto como sem importância.
		() (0,12)	Refere claramente que é etilista, sem nenhuma moderação, mas diz saber que faz mal.

¹ Fonte: Moreira (2003)

		() (0,25)	Refere claramente que é etilista, mas alega que quer diminuir e não consegue.
		() (0,37)	Refere que às vezes bebe, mas é raro.
		() (0,5)	Afirma ter cuidado extremo com a restrição ao álcool.
PRÁTICA REGULAR DE EXERCÍCIOS FÍSICOS	1,0	() (0,0)	Refere claramente que é sedentário e menciona isto como sem importância.
		() (0,25)	Refere claramente que é sedentário, mas diz saber que faz mal.
		() (0,5)	Refere claramente que é sedentário, mas ressalta que quer modificar o comportamento e não consegue.
		() (0,75)	Refere que às vezes é sedentário, mas é raro.
		() (1,0)	Afirma ter cuidado extremo com o sedentarismo.
ENFRENTAMENTO EFICAZ DO ESTRESSE	0,5	() (0,0)	Refere claramente que se estressa com muita facilidade e conta isto como sem importância.
		() (0,12)	Refere claramente que se estressa com muita facilidade, mas diz saber que faz mal.
		() (0,25)	Refere claramente que se estressa com facilidade, mas enfatiza que quer modificar o comportamento e não consegue.
		() (0,37)	Refere que às vezes se estressa, mas é raro.
		() (0,5)	Afirma ter cuidado extremo com o estresse.
USO ADEQUADO DO MEDICAMENTO	1,5	() (0,0)	Refere claramente que não toma o medicamento e menciona isto como sem importância.
		() (0,25)	Refere claramente que não toma o medicamento, só quando a pressão sobe.
		() (0,5)	Refere claramente que tem dificuldade em tomar o fármaco corretamente pelos seus efeitos colaterais.
		() (1,0)	Refere que às vezes se esquece de tomar o remédio, mas é raro.
		() (1,5)	Afirma ter cuidado extremo com o horário e forma de tomar os medicamentos.
COMPARECIMENTO ÀS CONSULTAS/ PERÍODO EM QUE SÃO MARCADAS NA USF	0,5	() (0,0)	Refere claramente que vai à consulta somente quando passa muito mal.
		() (0,12)	Refere claramente que vai à consulta somente quando a pressão sobe.
		() (0,25)	Refere claramente que falta às consultas, mas diz que quer modificar tal comportamento e não consegue.
		() (0,37)	Refere que às vezes falta à consulta, mas é raro.
		() (0,5)	Afirma ter cuidado extremo com o comparecimento às consultas.
IMC	1,0	() > 35 e ≤ 40 kg/m ² (0,0)	
		() > 30 e ≤ 35 kg/m ² (0,25)	
		() > 25 e ≤ 30 kg/m ² (0,5)	
		() ≤ 25 kg/m ² (1,0)	
PA	3,0	() ≥ 180 X 110 (0,0)	
		() 160-179 X 100-109 (1,0)	
		() PAS ≥ 140 e PAD < 90 cm Hg (1,0)	
		() 140-159 X 90-99 (1,5)	
		() 130-139 X 85-89 – Normal limítrofe (2,0)	
		() ≤ 130 X 85 cm Hg – Pressão normal (3,0)	
TOTAL	10,0	X =	

QUANTO MAIOR A NOTA = MAIOR ADESÃO AO TRATAMENTO; X = 9-|10 = Paciente ideal; X ≥ 7 e ≤ 9 = Não-adesão leve; X ≥ 5 e < 7 = Não-adesão moderada; X ≥ 3 e < 5 = Não-adesão grave; X ≥ 0 e < 3 = Não-adesão gravíssima

ANEXO B – NORMAS PARA AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL²

Preparo do paciente:

1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.
2. Certificar-se de que o paciente NÃO:
 - está com a bexiga cheia
 - praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos
 - ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos
 - fumou nos 30 minutos anteriores.
3. Posicionamento do paciente:



Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

Para a medida propriamente:

1. Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço.
2. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.
3. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
4. Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica.
5. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.
6. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação.
7. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).
8. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.
9. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).
10. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.
11. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero.
12. Sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida, embora esse aspecto seja controverso.
13. Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente.
14. Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida.

² Extraído das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010)

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFPI REGISTRO CONEP: 045</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Caracterização de idosos com hipertensão arterial sistêmica
CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0305.0.045.000-11
Pesquisador Responsável: Andressa Suely Saturnino de Oliveira

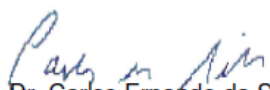
Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Junho/2012 Relatório final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 07/11/2011

Teresina, 09 de Novembro de 2011.


 Prof. Dr. Carlos Ernando da Silva
 Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
 COORDENADOR

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS – CSHNB
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do projeto: *Avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos*

Pesquisador responsável: Profa. Ms. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira

Aluna: Erika Raquel Soares Almeida

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí / CSHNB / Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (089) 3422 1021 (Coordenação)

Você está sendo convidado (a) para participar, como **voluntário (a)**, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão! Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser **esclarecido (a)** sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso recuse, você não será penalizado (a) de forma alguma.

Esta pesquisa trata-se de um estudo analítico do tipo transversal. Seu principal objetivo é avaliar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos atendidos na atenção primária à saúde.

Para coletar os dados será utilizado um instrumento (formulário) com perguntas fechadas (objetivas) de fácil compreensão. O pesquisador terá em média trinta minutos responder ao formulário com base em suas respostas.

Vale ressaltar que:

1. Não há benefício direto ao participante desta pesquisa;
2. A resolução do formulário acontecerá na oportunidade da visita do pesquisador ao local de estudo;
3. Em qualquer fase do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de quaisquer dúvidas;
4. Não é necessária a identificação do participante. Assim, será respeitado o sigilo e a confidencialidade da pesquisa.
5. A coleta das informações acontecerá no período de dezembro a março de 2012, mas você tem o direito de retirar o **consentimento** a qualquer tempo.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “*Avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos*”, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com o(a) pesquisador(a) responsável sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/assistência/tratamento neste Serviço.

Local e data

Assinatura do sujeito ou responsável

TESTEMUNHAS (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar:

Nome:	RG/CPF:
Assinatura:	
Nome:	RG/CPF:
Assinatura:	

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Pesquisador Responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga.
Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI
tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep