

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

RAYLA CAROLINE CARVALHO REIS

**FATORES ASSOCIADOS AO DESCONTROLE DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS EM
IDOSOS HIPERTENSOS**

PICOS - PIAUÍ
2018

RAYLA CAROLINE CARVALHO REIS

**FATORES ASSOCIADOS AO DESCONTROLE DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS EM
IDOSOS HIPERTENSOS**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídeo Nunes de Barros no período de 2018.1, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Me. Laura Maria Feitosa Formiga.

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

R375f Rayla Caroline Carvalho Reis,
Fatores associados ao descontrole dos níveis pressóricos em idosos hipertensos / Rayla Caroline Carvalho Reis – 2018.
CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (57 f.)
Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2018.

Orientador(A): Prof^a Ma. Laura Maria Feitosa Formiga.

1. Idoso. 2. Hipertensão. 3. Hipertensão-Adesão ao tratamento. I. Título.

CDD 616.132

RAYLA CAROLINE CARVALHO REIS

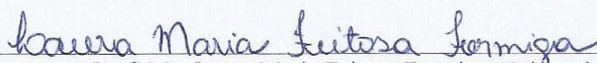
**FATORES ASSOCIADOS AO DESCONTROLE DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS EM
IDOSOS HIPERTENSOS**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvécio Nunes de Barros no período de 2018.1, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

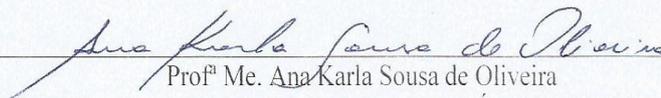
Orientadora: Prof^ª Me. Laura Maria Feitosa Formiga.

Data da aprovação: 21/06/18

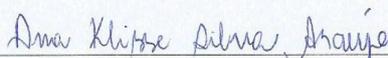
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª Me. Laura Maria Feitosa Formiga (Orientadora)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI/CSHNB
Presidente da Banca



Prof^ª Me. Ana Karla Sousa de Oliveira
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI/CSHNB
1º Examinador



Prof^ª Esp. Ana Klisse Silva Araujo
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI/CSHNB
2º Examinador

AGRADECIMENTOS

Estimado DEUS, meu sentimento é de gratidão, obrigada por me agradecer com a oportunidade de realizar meu sonho, obrigada por me conceder forças para que eu não fraquejasse e superasse todos os desafios surgidos e seguisse firme nesse caminho. Obrigada por cada detalhe que o Senhor preparou nesse percurso, por me permitir a crescer tanto durante essa jornada e por me fazer acreditar em que tudo é no Seu tempo.

Minha eterna gratidão ao meu pai José Reis e a minha mãe Vandalia por todos os sacrifícios feitos para me proporcionar a realização desse sonho, por todo amor, dedicação, cuidado, confiança e por estarem sempre do meu lado me apoiando em tudo que é melhor para mim, eu amo muito vocês.

A minha irmã Mayla Raissa pela cumplicidade e por está do meu lado quando preciso e por sempre vibrar comigo por todas as minhas conquistas.

A minha Avó materna Francisca Maria e avó paterna Brasilina por todos os ensinamentos concedidos. A minha tia, madrinha e comadre Ceíça por todo o amor concedido e por me dá de o presente mais lindo o dom de ser madrinha de um ser tão especial como a Lara Nicolý. As minhas tias e tios por todo carinho e cuidado que têm por mim, em especial Tia Bida, Tia Dedê e Tio Neto.

Ao meu namorado Expedito Neto por ter sido minha proteção aqui em Picos, por sempre me incentivar a ser uma pessoa melhor, por cuidar tão bem de mim, por todo amor e sobre tudo por tanta paciência, obrigada por sempre está ao meu lado. A minha sogra Ana Mary, meu sogro Humberto, por todo o carinho e cuidado que vocês têm por mim e a minha cunhada Viviane. Serei sempre grata por ter vocês em minha vida.

As minhas eternas “cobrinhas”, Beatriz, Ericles, Monielle, Vanessa Ravelly e Tamires, por fazerem dessa minha jornada menos árdua, por terem me dado o prazer de conhecer pessoas maravilhosas como vocês. Os levarei sempre comigo para o resto da minha vida, obrigada por me permitirem crescer ao lado de vocês.

Mais uma vez agradecer a Vanessa por está presente em todos os momentos durante esse percurso, suportando comigo todos altos e baixos para a conclusão dessa trajetória.

O meu muitíssimo obrigada a minha querida orientadora Prof^ª Laura Formiga pela disponibilidade, paciência e apoio para a construção desse trabalho, sem a senhora ele não teria acontecido.

A todos aqueles que já foram meus professores durante esse curso por cada ensinamento aonde veio contribuir para meu crescimento e que assim eu me torne uma boa profissional, assim como cada um de vocês.

Aos membros desta banca que aceitaram participar e desde já pela dedicação do tempo a leitura contribuindo para o crescimento deste trabalho.

A todos meus amigos e familiares que contribuíram de forma direta ou indireta me apoiando e ajudando para que eu chegasse até aqui o meu muito obrigada.

Dando graças constantemente a Deus Pai
por todas as coisas, em nome de nosso
Senhor Jesus Cristo.
(Efésios 5:20)

RESUMO

O envelhecimento está relacionado a um conjunto de alterações podendo deixar as pessoas mais vulneráveis a doenças crônicas entre as quais podemos citar a Hipertensão Arterial Sistêmica a patologia que mais acomete os idosos e o controle dos seus níveis tensionais é essencial, para a prevenção de possíveis complicações. Objetivou Analisar os fatores associados ao descontrole dos níveis pressóricos em idosos diagnosticados com hipertensão. Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, desenvolvido no período de agosto de 2017 a junho de 2018. A amostra foi de 124 idosos hipertensos cadastrados em duas Estratégias de Saúde da Família (ESF), no município de Picos-PI. A coleta de dados aconteceu no período de fevereiro a abril de 2018 nas ESF por meio de dois formulários referentes à: Variáveis sociodemográficas, antropométricas, de hábitos de vida, hábitos alimentares, de valor da PA, de mensuração da adesão dos hipertensos ao tratamento. Os dados coletados foram digitados e analisados através do programa estatístico *IBM Statitital Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. O estudo caracterizou-se pelo predomínio de indivíduos do sexo feminino (64,5%), com idade média de 69 anos. Constatou-se que 58,1% da amostra não pratica nenhum tipo de atividade física, 51,6% são ex-fumantes e 77,4% alegam não ingerir bebidas alcoólicas. Classificaram peso adequado 49,2% de acordo com o IMC, 74,2% realizam de 2 a 4 refeições por dia, 67,7% dessa população referem consumir verduras e legumes e 84,7% faz consumo de algum tipo de fruta diariamente, não houve diferença significativa para preferencia no consumo de carne vermelha ou branca, em relação ao preparo dessas carnes 55,6% tem a preferência por carne cozida. 71% tem preferencia por leite integral, 59,7% fazem uso de temperos industrializados, 54,0% não ingerem nenhum tipo de refrigerante e 91,9% afirmam não acrescentar sal à comida pronta. A média da PA foi de 142,78 x 82,2 mmHg, constatando 58,9% participantes com descontrole pressórico e foram classificados como aderidos parcialmente ao tratamento da hipertensão 75,0%. Conclui-se que os idosos hipertensos necessitam de um melhor acompanhamento com profissionais que estimulem melhores hábitos de vida, hábitos alimentares e consequentemente uma melhor aderência ao tratamento da hipertensão.

Descritores: Idoso. Hipertensão. Adesão ao tratamento.

ABSTRACT

The aging is related to a set of changes that can make people more vulnerable to chronic diseases, among which we can mention Systemic Arterial Hypertension, the pathology that most affects the elderly and the control of their blood pressure levels is essential for the prevention of possible complications. The aim of this study was to analyze the factors associated with the lack of control of pressure levels in elderly patients diagnosed with hypertension. This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, developed from August 2017 to June 2018. The sample was 124 hypertensive elderly enrolled in two Family Health Strategies (ESF), in the city of Picos-PI. The data were collected between February and April of 2018 at the ESF and at the participants' home, using two forms: Sociodemographic variables, anthropometric variables, habits of life, eating habits, blood pressure values and the measurement of adherence to treatment. The collected data were typed and analyzed through the statistical software SPSS, version 20.0. The study was characterized by the predominance of female subjects (64.5%), with a mean age of 69 years. It was found that 58.1% of the sample does not practice any type of physical activity, 51.6% are ex-smokers and 77.4% do not drink alcoholic beverages. They classified 49.2% according to BMI, 74.2% performed 2 to 4 meals a day, 67.7% of that population reported consuming vegetables and 84.7% consumed some type of fruit daily, there was no significant difference in preference for red or white meat, 59.7% made industrial spices, 54.0% did not ingest any type of soft drink and 91.9% said they did not add salt to the ready-to-eat food. The mean BP was 142.78 x 82.2 mmHg, with 58.9% participants with BP and were classified as partially adherent to the 75.0% hypertension treatment. It is concluded that the hypertensive elderly need a better accompaniment with professionals who stimulate better life habits, eating habits and consequently a better adherence to the hypertension treatment.

Keywords: Aged. Hypertension. Treatment Adherence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|--------------------|---|-----------|
| QUADRO 1 – | Classificação do IMC estabelecidos para idosos | 22 |
| GRÁFICO 1 – | Categorização do IMC expresso em percentuais, dos participantes da pesquisa | 29 |
| GRÁFICO 2 – | Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as varáveis de aderência ao tratamento da hipertensão | 32 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------------|---|-----------|
| TABELA 1 | Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as variáveis sociodemográficas. Picos – PI, 2017. (n=124). | 27 |
| TABELA 2 | Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as variáveis de hábitos de vida. Picos – PI, 2017. (n=124). | 28 |
| TABELA 3 | Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as variáveis de hábitos alimentares. Picos – PI, 2017. (n=124). | 29 |
| TABELA 4 | Caracterização dos participantes da pesquisa segundo os níveis pressóricos sistólico e diastólico. Picos – PI, 2017. (n=124). | 31 |
| TABELA 5 | Caracterização dos participantes em relação da associação entre níveis pressóricos e fatores possivelmente associados como sexo, aderência ao tratamento, IMC e a prática de exercício físico. Picos – PI, 2017. (n=124). | 31 |

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

| | |
|-------------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CAAE | Certificado de Apresentao para Apreciao tica |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| DM | Diabetes Melito |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistmica |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ICV | Iniciao Científica Voluntária |
| IMC | ndice de Massa Corporal |
| PA | Pressão Arterial |
| PAD | Pressão Arterial Diastólica |
| PAM | Pressão Arterial Média |
| PAS | Pressão Arterial Sistólica |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 | OBJETIVOS | 15 |
| 2.1 | Geral | 15 |
| 2.2 | Específicos | 15 |
| 3 | Revisão de Literatura | 16 |
| 3.1 | Envelhecimento Populacional | 16 |
| 3.2 | Hipertensão Arterial Sistêmica e fatores associados ao descontrole pressórico | 17 |
| 4 | MÉTODOS | 20 |
| 4.1 | Tipo de estudo | 20 |
| 4.2 | Local e período de realização de estudo | 20 |
| 4.3 | População e amostra | 21 |
| 4.4 | Variáveis do estudo | 21 |
| 4.4.1 | Variáveis sociodemográficas | 22 |
| 4.4.2 | Variáveis antropométricas | 23 |
| 4.4.3 | Variáveis de hábitos de vida | 23 |
| 4.4.4 | Variáveis hábitos Alimentares | 24 |
| 4.4.5 | Variáveis de valor da PA | 24 |
| 4.4.6 | Variáveis de mensuração da adesão dos hipertensos ao tratamento | 24 |
| 4.5 | Coleta de dados | 25 |
| 4.6 | Análise dos Dados | 26 |
| 4.7 | Aspectos Éticos e Legais | 26 |
| 5 | RESULTADOS | 28 |
| 6 | DISCUSSÃO | 34 |
| 7 | CONCLUSÃO | 36 |
| | REFERÊNCIAS | 37 |
| | APÊNDICES | 42 |
| | Apêndice A - Formulário coleta de dados | 43 |
| | Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 45 |
| | ANEXOS | 50 |
| | ANEXO A - Anexo A – Mini Exame do Estado Mental (MEEM) | 51 |
| | ANEXO B - Instrumento MBG adaptado ao contexto brasileiro | 52 |
| | ANEXO C - Etapas para a realização da medição da PA (VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2016) | 53 |
| | ANEXO D - Parecer consubstanciado do CEP | 54 |

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento está relacionado a um conjunto de alterações anatômicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, e apesar de ser uma condição natural, essas mudanças podem deixar as pessoas mais vulneráveis a doenças crônicas. Dentre as doenças crônicas existentes a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das patologias que mais acomete os idosos e sua terapêutica é essencial para o controle dos níveis pressóricos, a fim de prevenir possíveis complicações.

A população geriátrica cresce em ritmo acelerado em todo o mundo e o Brasil acompanha essa tendência. Em 2013, havia 841 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais no planeta, representando 12,0% da população geral. Segundo o último Censo Demográfico Brasileiro, em 2010, o contingente de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos ultrapassou os 20 milhões de pessoas. Com uma taxa de crescimento de idosos estimada em 4% ao ano, no período entre 2012 e 2022, projeções indicam que, em 2030, haverá, no Brasil, 41,5 milhões de idosos e em 2060, 73,5 milhões (SILVA *et al.*, 2018).

Portanto o envelhecimento populacional aliado à má alimentação, ao sedentarismo, à obesidade e ao consumo de álcool e de tabaco trouxe uma maior prevalência de doenças crônicas, com conseqüente aumento no número de complicações clínicas que causam perda funcional e diminuição na qualidade de vida (ROCHA; GARDENGHI; OLIVEIRA, 2017). Dentre as doenças crônicas que acometem muitos idosos, a HAS é o mais significativo fator de risco cardiovascular modificável e as alterações próprias do envelhecimento determinam aspectos diferenciais na pressão arterial (MACHADO, 2015).

A HAS é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou >90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Já de acordo com a Diretriz para prevenção, detecção, avaliação e Tratamento da hipertensão arterial em adultos (WHELTON *et al.*, 2017), os valores ≥ 120 e/ou > 80 mmHg são considerados valores elevados da Pressão Arterial (PA).

Dessa forma o controle da PA é essencial para a prevenção de lesões em órgãos induzidas pela HAS, mas a natureza assintomática dessa doença faz com que ela seja subdiagnosticada e, conseqüentemente, não tratada, apesar de sua alta prevalência (MAGNABOSCO *et al.*, 2017). Na população de hipertensos do país os valores pressóricos não

controlados podem alcançar até 71,1% evidenciando que apesar da manutenção da PA ser relevante esta apresenta baixas taxas de controle. As explicações que podem justificar a falha de controle pressórico em hipertensos ainda não são inteiramente conhecidas. Alguns pesquisadores ratificam apenas a necessidade de adesão ao tratamento medicamentoso para manter a pressão arterial em valores adequados (KROTH *et al.*,2017).

Porém, existem alguns fatores de risco que contribuem para a elevação dos níveis pressóricos como o sedentarismo, obesidade, tabagismo, ingestão excessiva de álcool, estresse entre outros, podendo assim interferir a eficácia do tratamento medicamentoso.

Diante disso é fundamental que a equipe de saúde investigue os hábitos e o estilo de vida das pessoas com HAS, durante o atendimento, nas consultas a fim de obter dados concretos para o planejamento de uma assistência individualizada, sistematizada e holística, com vistas ao controle efetivo da doença (BARRETO; MATSUDA; MARCON, 2016).

As principais orientações de mudanças de estilo de vida que comprovadamente reduzem a PA e minimizam o risco cardiovascular são: exercício físico, abandono do tabagismo, diminuição do peso quando elevado e dieta balanceada (hipossódica, rica em frutas e verduras). Esse tipo de terapêutica é recomendado para os idosos, sendo benéfica a redução moderada de sal na dieta (MALACHIAS, 2016).

Assim considerando que o tratamento é de extrema importância para o controle de agravos da HAS, questiona-se: Quais os fatores que interferem na manutenção dos níveis pressóricos de idosos em tratamento da hipertensão?

Portanto o estudo justifica-se devido à vulnerabilidade dessa população às situações que facilitam o descontrole dos níveis pressóricos. E a sua relevância se dá devido a necessidade da identificação desses fatores associados ao não controle pressórico, com o intuito de reduzir a morbimortalidade e gastos relacionados à assistência de saúde através da promoção e prevenção da saúde, destaca-se a importância da Atenção Primária a Saúde (APS) onde é desenvolvidos programas de apoio para essa população, realçando o papel do enfermeiro no acompanhamento desses programas, realizando educação em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar os fatores associados ao descontrole dos níveis pressóricos em idosos diagnosticados com hipertensão.

2.2 Específico

- Caracterizar os idosos quanto aos aspectos sociodemográficos e antropométricos;
- Identificar os hábitos alimentares e de hábitos de vida;
- Avaliar a adesão dos idosos ao tratamento da hipertensão.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Envelhecimento Populacional

O envelhecimento constitui um processo biológico inevitável marcado por uma perda progressiva de funções sensoriais e motoras, aumentando conseqüentemente a vulnerabilidade às doenças. As quais podem afetar a funcionalidade, a mobilidade e a independência, impossibilitando-o de um envelhecimento saudável e autônomo (LOBO; SANTOS; GOMES, 2014).

Assim esse processo é contínuo e que promove um declínio progressivo das funções fisiológicas, o que diminui a capacidade orgânica, possibilita o desenvolvimento de doenças e culmina com o fim. Embora isso seja verdadeiro e comum a todos os seres, a forma como esse processo de desgaste ocorre não é a mesma para todos, nem igual em todos os contextos. Depende das características individuais de como cada um produz e reproduz sua vida material e espiritual, modificando de acordo com a cultura e os valores de cada sociedade. Sendo assim, envelhecimento bem sucedido não é privilégio ou sorte, mas um objetivo a ser alcançado ao longo da vida, a medida com que cada um lida com as mudanças que acompanham o envelhecer (ZENEVICZ; MORIGUCHI; MADUREIRA, 2013).

A presença de pessoas idosas ativas na sociedade brasileira é uma tendência. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2013, a população com faixa etária acima de 65 anos deve passar para 58,4 milhões (26,7% do total) em 2060, ou seja, quadruplicará a quantidade de idosos no país. Existe também a perspectiva de que a expectativa de vida será de 81 anos de idade em 2060 (FREITAS; CAMPOS; GIL, 2017).

Como consequência do envelhecimento populacional, há fortes indícios da participação de idosos aposentados acima de 60 anos na força de trabalho e isto tem sido cada vez mais frequente. Neste sentido, as pessoas atualmente estão vivendo mais, sendo isso uma grande característica da sociedade, pois são novos tempos que marcam essa e futuras gerações de idosos. Observa-se que as pessoas estão mais preocupadas com a qualidade de vida e procuram manterem-se mais ativas em grupos sociais e, principalmente, no trabalho (FREITAS; CAMPOS; GIL, 2017).

Com o aumento na taxa do envelhecimento populacional, eis que surge a necessidade de uma atenção de saúde voltada para a maior probabilidade de surgimento de doenças crônicas, incapacitantes e involutivas que afligem a autonomia do indivíduo (LEITE et.al., 2017).

Assim é fundamental que os profissionais conheçam as características das enfermidades em idosos, pois seus sintomas são confundidos com transtornos normais do

envelhecimento, podendo apresentar-se de forma mascarada ou subaguda, sem os sinais clássicos. É frequente a superposição de enfermidades crônicas, na forma de entidades sindrômicas: são as chamadas síndromes geriátricas. Estas podem incluir alterações sensitivas, imobilidade, depressão, estado confusional agudo, HAS, DM, incontinência e/ou déficit cognitivo (ESTEVEVES *et.al.*, 2017).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais fontes de carga de doença no mundo, sendo, no Brasil, responsáveis por cerca de 72% das mortes. Tais agravos atingem particularmente a população idosa, por conta do processo natural de envelhecimento, e se mostram associados a fatores comportamentais, como atividade física insuficiente, uso de álcool e tabaco e alimentação inadequada. A HAS é uma condição crônica que afeta aproximadamente 55% dos idosos brasileiros, acarretando hospitalizações, complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (NEVES *et al.*, 2017).

Nos idosos, a hipertensão surge em mais de 60% da população com a persistência no acompanhamento, sendo fator chave para a redução da morbimortalidade. O tratamento farmacológico impacta significativamente no prognóstico e na qualidade de vida dos pacientes. A adesão ao tratamento medicamentoso para os idosos hipertensos, por si só, já é um desafio afetado por fatores cognitivos, sociais e comportamentais, pois além de aspectos relacionados com o tratamento como efeitos colaterais, há a complexidade do regime que deve ser implantado na rotina diária (SANTOS; FILONI; ALVES, 2015).

3.2 Hipertensão Arterial Sistêmica e fatores associados ao descontrole pressórico

A HAS é uma condição crônica, de origem multifatorial, que apresenta elevada prevalência na população brasileira, constituindo-se como sério fator de risco para o desenvolvimento de complicações cerebrovasculares e cardíacas. É considerado um grave problema de saúde pública em todas as regiões do mundo e no Brasil, estimando-se que tenha prevalência entre 50 e 70% entre idosos, o que a torna um dos principais determinantes de mortalidade dessa população, exigindo, assim, correta identificação do problema e a apropriada abordagem terapêutica (ANDRADE *et al.*, 2014).

De acordo com estudos nacionais e internacionais, a HAS é considerada um grave problema de saúde pública por estar associada a uma alta taxa de morbidade e por ser uma das principais causas de óbito prevenível no mundo. Isso torna necessárias medidas estratégicas que envolvam a promoção da saúde, a prevenção da doença, assim como a prevenção de complicações associadas à HAS (GHELMAN *et al.*, 2018).

O número de indivíduos com hipertensão não controlada aumentou de 605 para 978 milhões, dentre outras causas, influenciado pelo envelhecimento populacional. O crescimento absoluto da população hipertensa deve acarretar aumento na utilização dos serviços de saúde, o que traz à tona a necessidade de identificar e tratar a hipertensão, para evitar o gerenciamento dos custos das complicações associadas a ela (GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2017).

Com o objetivo de reduzir a incidência das doenças crônicas como o DM e a HAS, o Ministério da Saúde implantou em 2002 o SisHiperdia, que consiste em um sistema de cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS e DM, gerando informações para os gestores das esferas municipais, estaduais e do Ministério da Saúde. Com o SisHiperdia é possível conhecer o perfil epidemiológico da comunidade, doenças concomitantes, monitorar o atendimento prestado e o fornecimento contínuo de medicamentos. A Estratégia Saúde da Família (ESF) se destaca como estratégia da atenção básica para uma promoção da qualidade de vida, por meio da prevenção, promoção e da recuperação da saúde (AMARAL *et al.*, 2017).

A HAS possui uma grande variedade de causas e seus principais fatores de risco modificáveis são: o estilo de vida, tabagismo, sedentarismo e alimentação inadequada. As mudanças de hábitos ou estilo de vida são importantes variáveis na determinação do comportamento do hipertenso e, quanto maior forem as alterações que ele necessitar fazer em seu estilo de vida em função do tratamento, por exemplo, abstenção de fumo e restrições dietéticas, menor será a possibilidade de adesão ao tratamento (ROCHA, 2017).

Assim por ser uma doença que não apresenta possibilidades de cura, exige que o tratamento seja para a vida inteira e feito de forma adequada, para se obter o controle dos níveis pressóricos, a diminuição na incidência de complicações cardiovasculares e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida do indivíduo com a doença. No entanto, apesar dos avanços científicos expressos no tratamento não farmacológico e na indústria farmacêutica da produção de medicamentos, ainda há um número elevado de indivíduos hipertensos não tratados ou tratados inadequadamente (ROCHA, 2017).

Dentre as medidas de enfrentamento ao problema, destacam-se: os tratamentos não farmacológicos e o farmacológico. O primeiro está diretamente associado às modificações dos hábitos de vida pessoais como a alimentação, a ingestão diária de sódio, o tabagismo, a prática de exercício físico e o consumo exagerado de álcool. Concomitante a ele, para alguns indivíduos, pode-se fazer necessário, ainda, o tratamento farmacológico requerendo, para sua eficácia, disciplina na utilização de alguns fármacos que normalmente suscitam a presença de efeitos adversos desconfortáveis (GHELMAN *et al.*, 2018).

O tratamento da HAS deve ser multiprofissional, seu objetivo é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. Para o tratamento são utilizadas tanto medidas não medicamentosas isoladas, como as associadas a fármacos anti-hipertensivos (DIAS *et al.*, 2016).

A HAS apresenta difícil motivação por parte dos pacientes para adesão ao tratamento, em grande medida por constituírem agravos que não apresentam desconforto físico imediato ou risco evidente para o paciente. Depende para seu controle, mudanças no estilo de vida, tais como restrições alimentares importantes e o uso contínuo de medicamentos, para se obter não a cura, mas tão somente a atenuação ou retardo do aparecimento de complicações (ALBUQUERQUE *et al.*, 2016).

É preciso salientar que a adesão do hipertenso ao tratamento exige mudança de comportamento e requer grande esforço, pois envolve o rompimento com hábitos construídos ao longo da vida. As dificuldades nas mudanças de hábitos associam-se às condições da vida moderna com suas múltiplas exigências (MARIM; SANTOS; MORO, *et al.*, 2016).

As intervenções não farmacológicas têm sido consideradas ideais devido ao baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da PA. Entre medidas não farmacológicas estão à redução do peso corporal, restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física (DIAS *et al.*, 2015).

O enfermeiro, por atuar de forma contínua nos programas de controle das doenças crônicas, por meio da implementação de propostas de abordagem, na maioria das vezes, não farmacológicas, pode propiciar a consolidação e a implementação de uma atenção integral à saúde dos indivíduos de uma comunidade. Assim, a consulta de enfermagem permite o levantamento de fatores de risco e complicações da HAS, bem como prescrições de cuidados e avaliação da efetividade destes (VIEIRA *et al.*, 2017).

Por tanto o enfermeiro é de grande relevância para essa população, pois pode acompanhar e buscar sempre informações dos pacientes acerca do tratamento medicamentoso e também não medicamentoso como a prática de exercícios físicos, alimentação balanceada, ingestão de álcool, uso de cigarro entre outros hábitos de vida e assim podendo, constatar fatores que possam está afetando o controle dos níveis pressóricos promovendo então ações que possam prevenir possíveis complicações.

4 METÓDOS

Este estudo faz parte de um projeto maior de Iniciação Científica Voluntária (ICV)/UFPI, intitulado “Avaliação das práticas alimentares de idosos hipertensos” que tem como objetivo: Avaliar as práticas alimentares de idosos hipertensos, orientado pela professora Me. Laura Maria Feitosa Formiga, no qual a discente atua como bolsista.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa. As pesquisas descritivas objetivam a descrição de características de determinada população, ressaltando por sua vez, além da simples identificação a descrição de relações entre variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação (GIL, 2010).

Os modelos transversais incorporam a coleta de dados em determinado período de tempo. Os fenômenos estudados serão contemplados durante um período de coleta de dados. A apresentação desses modelos será especialmente apropriada para a descrição do estado de fenômenos ou relações entre eles a partir de um ponto fixo (POLIT; BECK, 2011).

As pesquisas quantitativas visam interpretar os resultados de estudos que envolvem características diferentes, sobrepondo a inter-relação voltada a questões que evidenciam uma avaliação como a credibilidade, a precisão da estimativa dos efeitos e a generalização (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local e período de realização de estudo

O estudo foi desenvolvido no período de agosto de 2017 a junho de 2018, em duas unidades da ESF da zona urbana da cidade de Picos-PI. As escolhas dos locais se deram por serem ESF de campo de estágio vinculadas à Universidade Federal do Piauí/ CSHNB.

A cidade de Picos - PI possui uma população estimada em 76.749 habitantes segundo o IBGE (BRASIL, 2010). É referência em saúde para 42 cidades do território vale do rio guaribas. Segundo informações da Secretaria Municipal Saúde o município conta com 36 ESF, sendo 25 localizadas na zona urbana, e 11 na zona rural.

4.3 População e amostra

A população constituiu-se pela probabilística do número total de idosos na unidade “A” e pelo o número total de idosos hipertensos cadastrados ESF “B”. Na Unidade de Saúde “A” existem 149 idosos cadastrados, sendo destes 17 acamados, 2 com limitações físicas para ir ao posto e 1 com déficit cognitivo restando 129 idosos hipertensos. Na Unidade de Saúde “B” existem 61 idosos cadastrados, sendo destes 7 acamados , 2 com limitações físicas para ir ao posto e 1 com déficit cognitivo restando 51 idosos hipertensos.

Para o cálculo da amostra empregou-se a fórmula para estudos transversais com população finita:

$$n = \frac{Z^2_{(\alpha/2)} \cdot p(1-p) \cdot N}{E^2(N-1) + Z^2_{(\alpha/2)} \cdot P(1-P)}$$

Onde:

n= Tamanho da amostra a ser utilizada.

Z= Variável Reduzida.

α = Erro tipo 1(proporção).

N= Tamanho da população, número de idosos cadastrados na ESF.

p= verdadeira probabilidade do evento.

E= Erro amostral.

Foram considerados como parâmetros o coeficiente de confiança de 95% (1,96), erro tipo 1 de 5%, o erro amostral de 5% e a população de 129 idosos da unidade de saúde “A”. Na unidade “B” possui cadastrado uma população menor do que 100 de idosos hipertensos , sendo assim então dispensado o cálculo para a amostra que será o total da população dessa unidade, contendo o número de idosos entrevistados de 51 idosos hipertensos. A proporção de ocorrência do fenômeno, como regra geral utilizou-se, p= 50%, pois não há informações sobre o valor esperado. Assim, a partir da aplicação da fórmula a amostra estimada foi em (97 na unidade A) e (51 na unidade B) idosos hipertensos cadastrados nas duas ESF no município de Picos-PI contabilizando uma amostra de 148 idosos. Porém dos 148 indivíduos selecionados para o estudo, participaram 124 (83,7%), havendo uma perda de 24 idosos por motivo de recusa ou ausência no momento da visita ao domicílio.

Foram incluídos no estudo quem:

- Tinham 60 anos ou mais;
- Possuíam diagnóstico de HAS;
- Cadastrados em uma das ESF da pesquisa.

Foram excluídos do estudo:

- Idosos domiciliados e acamados;
- Idosos que apresentaram algum tipo de deficiência auditiva, dificuldade em comunicação verbal;
- Possuir algum tipo de comprometimento de função cognitiva que será avaliado através do Mine Exame do Estado Mental - MEEM (ANEXO A);
- Aqueles que não concordaram em participar do estudo ou que não se encontravam em seus domicílios após três tentativas de visita domiciliar.

4.4 Variáveis do estudo

As variáveis retratadas nesta pesquisa foram agrupadas em sociodemográficas, antropométricas, níveis de PA, hábitos alimentares, a prática de atividades físicas e a avaliação de adesão dos idosos ao tratamento da hipertensão (APÊNDICE A e ANEXO B).

4.4.1 Variáveis sociodemográficas

Idade: classificada por faixa etária, sendo estas: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 a 89 anos e 90 a 99 anos.

Sexo: computou-se em masculino e feminino.

Cor: autorreferida como branca, parda e negra.

Situação conjugal: computado em solteiro (a), viúvo (a), casado / morando junto com o companheiro (a), divorciado (a).

Escolaridade: apresentou as opções de analfabeto (a), ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo.

Renda familiar: estabelecida através das opções de até um salário mínimo, de um a dois salários mínimos e mais que dois salários mínimos.

4.4.2 Variáveis antropométricas

Peso: aferição realizada por meio de uma balança digital portátil, da marca G-Tech, instalada em local nivelado, para que permaneça estável durante o procedimento. Após a balança ser ligada e contatar-se de que está marcando 0 kg, o participante foi posicionado no centro da mesma, descalço, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo, e então foi realizada a leitura do peso no visor da balança (SISVAN, 2011).

Altura: foi constatada por meio de uma fita métrica não flexível de 1,5 metros, a qual foi afixada a 50 cm do nível do solo, em parede plana. Para obtenção da medida o participante foi posicionado no centro do local com as medidas, descalço, ereto, pés formando um ângulo reto com as pernas, livre de adereços na cabeça, com os braços estendidos ao longo do corpo, a cabeça erguida, com o olhar em ponto fixo na altura dos olhos (SISVAN, 2011).

Índice de Massa Corporal (IMC): após a aferição do peso e altura, o cálculo do IMC foi realizado utilizando-se a seguinte fórmula: $IMC = \text{peso}/(\text{altura})^2$.

Classificação segundo o IMC: a classificação do estado nutricional foi realizada de acordo com os parâmetros que constam na Norma Técnica de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (Quadro 1).

QUADRO 1 – Classificação do IMC estabelecidos para idosos

| IMC (kg/m²) | DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL |
|-------------------------------|--------------------------------|
| ≤ 22 | Baixo Peso |
| > 22 e < 27 | Adequado ou Eutrófico |
| ≥ 27 | Sobrepeso |

Fonte: SISVAN (2011).

4.4.3 Variáveis de hábitos de vida

Pratica exercício físico: apresentando opções de sim e não.

Qual tipo de exercício físico: resposta livre.

Alcoolismo: apresentando opções de sim e não.

Frequência da ingestão de álcool: agrupadas em diariamente, semanalmente e mensalmente.

Tabagismo: apresentando opções de não, fumou e parou e fumante.

4.4.4 Variáveis hábitos Alimentares

Quantidades de refeições por dia: resposta livre.

Consome legumes e verduras: computada em sim ou não.

Consome frutas: computada em sim ou não.

Quantidade diária do consumo de frutas: resposta livre.

Quantidade de dia que consome carne vermelha: resposta livre.

Quantidade de dia que consome carne branca: resposta livre.

Retira a gordura ou pele das carnes antes do preparo: computada em sim ou não.

Preferência quanto ao preparo das carnes: agrupadas em grelhada, cozida e frita.

Consome leite: opção sim ou não.

Qual o tipo de leite tem preferência: estabelecida através das opções desnatado / semidesnatado e integral.

Utiliza temperos Industrializados: através das opções sim ou não.

Ingere refrigerante: apresentado as opções sim ou não.

Acrescenta sal a comida pronta: computado sim ou não.

4.4.5 Variáveis de valor da PA

As variáveis da PA foram distribuídas em Pressão Arterial Sistólica (PAS), Pressão Arterial Diastólica (PAD) , membro superior direito e membro superior esquerdo. Para a aferição da PA, foi realizada com esfigmomanômetro manual calibrado e estetoscópio da marca Premium. A PA foi medida nos dois membros superiores, através da utilização do manguito adequado à sua circunferência de cada braço. Foi seguida a técnica e a classificação da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, (MALACHIAS *et al.*, 2016) por ser do contexto brasileiro e se igualar com a realidade do município onde foi realizado o estudo. (ANEXO C). Os valores computados corresponderam ao valor da Pressão Arterial Média (PAM) de três aferições do braço que obteve o maior valor.

4.4.6 Variáveis de mensuração da adesão dos hipertensos ao tratamento

Toma as medicações no horário estabelecido

Toma todas as doses indicadas.

Segue as regras da dieta.

Vai a consultas marcadas.

Realiza os exercícios físicos indicados.

Encaixa os horários do remédio nas atividades do seu dia a dia.

O (a) Senhor (a) e seu médico decidem juntos o tratamento a ser seguido.

Cumpre o tratamento sem supervisão de sua família ou amigos.

Leva o tratamento sem grandes esforços.

Faz uso de lembretes para realização do tratamento.

O (a) Senhor (a) e seu médico discutem como cumprir o tratamento.

Tem a possibilidade de dar a sua opinião no tratamento que o médico prescreveu.

Essas afirmações possuem cinco pontuações iguais (nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre). O nível de adesão para cada respondente foi dado pelo somatório dos pontos de cada item. Para cada um dos cinco níveis de resposta é atribuída uma quantidade de pontos: Sempre (4 pontos), Quase Sempre (3 pontos), Às Vezes (2 pontos), Quase Nunca (1 ponto), Nunca (0 ponto). A Pontuação mais elevada significa maior adesão. Assim, os entrevistados são classificados em “aderidos totais” se obtiveram de 38 a 48 pontos, “aderidos parciais” se obtiveram de 18 a 37 pontos e “não aderidos” se obtiveram de 0 a 17 pontos (MATTA, 2010).

4.5 Coleta de dados

A coleta ocorreu inicialmente com a aplicação do teste piloto com 10 idosos, sendo cinco cadastrados na unidade “A” e cinco na unidade “B”. O teste realizado verificou se as perguntas do questionário condiziam ou não com a concepção de linguagem da população. Após aplicação do referido teste, foram realizados alguns ajustes na escrita para facilitar a melhor compreensão dos integrantes. Ressalta-se que os 10 participantes não foram incluídos no número total da amostra.

A coleta de dados aconteceu no período de fevereiro a abril de 2018 nas ESF “A” e “B”, por meio da utilização do formulário (Apêndice A) que foi adaptado do questionário validado do estudo EpiFloripa Idoso UFSC (2009) e através do instrumento MARTÍN BAYARRE GRAU - MBG que foi adaptado ao contexto brasileiro pelo estudo de MATTA (2010), (ANEXO B). Os instrumentos foram aplicados por acadêmicos de enfermagem participantes do estudo maior, bolsistas ICV devidamente treinados pela pesquisadora responsável.

As coletas iniciaram-se na própria unidade, garantindo a privacidade dos idosos em sala reservada enquanto eles aguardavam o atendimento exclusivo para o HIPERDIA. Apenas

uma pequena parte da coleta foi realizada na ESF, pois somente uma pequena quantidade de idosos hipertensos compareceu às unidades, dessa forma foram realizadas buscas ativas com o auxílio das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e as coletas, a partir de então, foram realizadas no domicílio dos idosos, até completar a amostra.

4.6 Análise dos Dados

Os dados coletados foram digitados e analisados através do programa estatístico *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Utilizou-se estatísticas analíticas descritivas, frequência simples, desvio padrão, média, valores máximos e mínimos. Os achados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos para melhor compreensão e os dados foram discutidos e analisados de acordo com a literatura pertinente à temática.

4.7 Aspectos Éticos e Legais

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPI com parecer de número 2.244.612, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 68650517.1.0000.8057, ambos disponibilizados no parecer consubstanciado do CEP (ANEXO D), e foi desenvolvido conforme os requisitos propostos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012), A pesquisadora responsável seguiu todos os preceitos bioéticos (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) contido nessa resolução.

Os participantes, que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), no qual constam os objetivos, riscos e benefícios da mesma, bem como a garantia do sigilo de informações coletadas.

Os benefícios do estudo foram: Ampliação do conhecimento científico, pois os resultados obtidos serão disponibilizados em bancos de dados para fins acadêmicos; Contribuição para o desenvolvimento de políticas públicas que levem informações a respeito de medidas preventivas e que promovam o controle e diminua as complicações causadas pela hipertensão arterial.

Os participantes da pesquisa estiveram submetidos ao risco de constrangimento por alguma pergunta abordada no formulário como a quantidade de quilogramas que possuem, renda familiar e quanto aos hábitos de vida. Entretanto a coleta foi realizada em um local

reservado na ESF e no domicílio com o intuito de minimizar esses riscos. Os dados coletados serão mantidos em sigilo.

5 RESULTADOS

A fim de uma melhor organização dos achados desta investigação os resultados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos, para a descrição dos mesmos estão agrupados em : características sociodemográficos, classificação do IMC, hábitos alimentares,

de estilo de vida, níveis da PAM da PAS e PAD e a adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão. Em seguida serão apresentados os dados sociodemográficos reunidos na tabela 1.

TABELA 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as variáveis sociodemográficas. Picos – PI, 2017. (n=124).

| Variáveis | F | % | Média±DP |
|-------------------------------|----------|----------|-----------------|
| Sexo | | | |
| Masculino | 44 | 35,5 | |
| Feminino | 80 | 64,5 | |
| Idade | | | 69,0±8,0 anos |
| 60 - 69 anos | 70 | 56,4 | |
| 70 - 79 anos | 40 | 32,3 | |
| 80 - 89 anos | 12 | 9,7 | |
| 90 - 99 anos | 2 | 1,6 | |
| Situação conjugal | | | |
| Solteiro | 13 | 10,5 | |
| Casado/ morando junto | 75 | 60,5 | |
| Divorciado/ separado | 10 | 8,0 | |
| Viúvo | 26 | 21,0 | |
| Escolaridade | | | |
| Analfabeto (a) | 67 | 54,0 | |
| Ensino fundamental Incompleto | 39 | 31,5 | |
| Ensino fundamental completo | 6 | 4,8 | |
| Ensino médio incompleto | 5 | 4,0 | |
| Ensino médio completo | 7 | 5,6 | |
| Cor da pele/raça | | | |
| Parda | 74 | 59,7 | |
| Branca | 31 | 25,0 | |
| Preta/ Negra | 19 | 15,3 | |
| Renda familiar | | | |
| Até 1 salário mínimo | 78 | 62,9 | |
| >1 a 2 salários mínimos | 42 | 33,9 | |
| >2 salários mínimos | 4 | 3,2 | |

Fonte: Dados da pesquisa.

Os idosos hipertensos estudados caracterizaram-se pelo predomínio de indivíduos do sexo feminino (64,5%), a idade variou de 60 a 92 anos podendo identificar a idade média de 69,0 anos com e desvio padrão de 8,0. Concernente ao estado civil predominaram os casados / morando junto com o companheiro (60,5%), seguido pelos os viúvos (21,0%), solteiros (10,5%) e divorciados/ separados (8,0%).

Referente à escolaridade a maioria eram analfabetos (54,0%), a cor/ raça predominante autodeclarada foi à cor parda (59,7%) e o maior número de idosos apresentavam renda familiar de até um salário mínimo (62,9%).

Na tabela 2 organizaram-se as características de hábitos de vida bem como: prática de atividades físicas regulares, tipos de atividades físicas, tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas.

TABELA 2 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as variáveis de hábitos de vida. Picos – PI, 2018. (n=124).

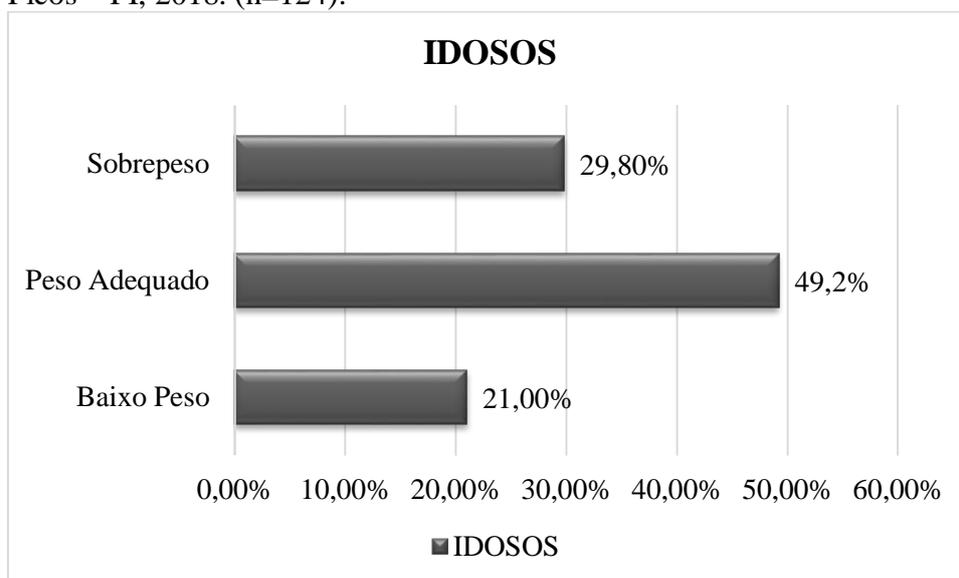
| Variáveis | f | % |
|----------------------------------|----------|----------|
| Prática exercício físico | | |
| Não | 72 | 58,1 |
| Sim | 52 | 41,9 |
| Tipo de exercício físico? | | |
| Caminhada | 36 | 67,9 |
| Dança | 10 | 18,9 |
| Outros | 7 | 13,2 |
| Tabagismo | | |
| Nunca fumaram | 42 | 33,9 |
| Já fumou mas parou | 64 | 51,6 |
| Tabagista | 18 | 14,5 |
| Ingest Bebida Alcoólica? | | |
| Não | 96 | 77,4 |
| Mensalmente | 20 | 16,2 |
| Semanalmente | 6 | 4,8 |
| Diariamente | 2 | 1,6 |

Fonte: dados da pesquisa.

É possível constatar que 58,1% da amostra não pratica nenhum exercício físico regularmente e que o tipo de exercício físico mais praticado pelos idosos hipertensos é a caminhada 67,9%, seguido de dança 18,9% e 13,2% da população cita outros tipos de atividade. Em relação ao tabagismo 51,6% da população já fumaram, porém referem terem abandonado tal hábito. No que se diz respeito ao consumo de álcool grande maioria do público alegaram não fazer uso de nenhuma bebida alcoólica 77,4%.

Analisou-se o IMC dos idosos estudados e foram classificados em baixo peso (IMC < 22kg/m²), peso adequado (IMC entre 22kg/m² e 27kg/m²) e sobre peso (IMC > 27kg/m²). O resultado foi apresentado No Gráfico 1.

GRÁFICO 1- categorização do IMC expresso em percentuais, dos participantes da pesquisa. Picos – PI, 2018. (n=124).



Fonte: dados da pesquisa.

Pôde-se perceber através do gráfico 1 que a grande parte dos idosos 49,2% se classificaram peso adequado de acordo com o IMC, enquanto 29,8 % eram sobre peso e 21,0% se encontravam em baixo peso.

Sobre os dados referentes às variáveis relacionadas aos hábitos alimentares estão elencados na Tabela 3.

TABELA 3 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as variáveis de hábitos alimentares. Picos – PI, 2018. (n=124).

| Variáveis | F | % |
|-----------------------------------|-----|------|
| Número de refeições | | |
| De 2 a 4 | 92 | 74,2 |
| > 4 | 32 | 25,8 |
| Consumo verduras e legumes | | |
| Não | 40 | 32,3 |
| Sim | 84 | 67,7 |
| Consumo Frutas | | |
| Não | 19 | 15,3 |
| Sim | 105 | 84,7 |

TABELA 3 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as variáveis de hábitos alimentares. Picos – PI, 2018. (n=124). (continuação).

| | | |
|----------------------------------|-----|------|
| Consumo de carne vermelha | | |
| Não | 10 | 8,1 |
| Sim | 114 | 91,9 |

| | | |
|--|-----|------|
| Consumo de carne branca | | |
| Não | 11 | 8,9 |
| Sim | 113 | 91,1 |
| Retira a gordura/pele das carnes? | | |
| Não | 43 | 34,7 |
| Sim | 81 | 65,3 |
| Qual a preferência do preparo das carnes? | | |
| Grelhada | 8 | 6,5 |
| Cozida | 69 | 55,6 |
| Frita | 47 | 37,9 |
| Consome leite? | | |
| Não | 17 | 13,7 |
| Sim | 107 | 86,3 |
| Qual tipo de leite? | | |
| Integral | 76 | 71,0 |
| Desnatado | 31 | 29,0 |
| Utiliza algum tempero industrializado? | | |
| Não | 50 | 40,3 |
| Sim | 74 | 59,7 |
| Ingere refrigerante? | | |
| Não | 67 | 54,0 |
| Sim | 57 | 46,0 |
| Adiciona sal a comida pronta ? | | |
| Não | 114 | 91,9 |
| Sim | 10 | 8,1 |

Fonte: dados da pesquisa.

Pode-se verificar na referida tabela que 74,2% dos idosos hipertensos realizam de 2 a 4 refeições por dia, enquanto apenas 25,8% fazem mais de 4 refeições durante o dia. 67,7% dessa população referem consumir verduras e legumes e 84,7% faz ingestão de algum tipo de fruta diariamente.

Quanto ao consumo de carnes as houve resultados parecidos, pois 91,9% relatam consumir algum tipo de carne vermelha de 1 a 7 dias enquanto 91,1% dizem consumir algum tipo de carne branca de 1 a 7 dias. Em relação ao preparo dessas carnes 55,6% tem a preferência por carne cozida, 39,9% por carne frita e apenas 6,5% optam pelo preparo da carne grelhada. De que modo 65,3% dessa população revelam retirar a gordura visível ou a pele antes do preparo das carnes.

Em relação ao consumo de leite 86,3% mencionam consumir leite sendo preferencial o consumo do leite integral 71%. Sobre a utilização de temperos industrializados no preparo das refeições 59,7% das pessoas pesquisadas dizem fazerem uso. 54,0% relatam não

fazerem ingestão de nenhum tipo de refrigerante e 91,9% afirmam não acrescentar sal à comida pronta.

Foram apresentados na tabela 4 os valores relacionados à PAM, dividido em PAS e Pressão PAD.

TABELA 4 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo os níveis pressóricos sistólico e diastólico. Picos – PI, 2018. (n=124).

| Variáveis | Valor mínimo | Valor máximo | Média+DP |
|-----------|--------------|--------------|-------------|
| PAS | 100 | 210 | 142,78±24,7 |
| PAD | 60 | 110 | 82,2±11,4 |

Fonte: dados da pesquisa.

Conforme apresenta os valores da PAM na tabela acima pode constatar que o valor mínimo da PAS foi de 100 mmHg enquanto a máxima chegou a 210mmHg, tendo em média o valor de 142,78 e o desvio padrão de 24,7. Quanto aos valores encontrados na PAD foram 60 mmHg no achado mínimo e 110mmHg nos achados máximos apresentando a média de 82,2 e o desvio padrão de 11,4. É possível constatar que a média da PAS é a cima dos valores considerados adequados pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, enquanto a média da PAD é considerada os níveis considerados normais.

Tabela 5 – Caracterização dos participantes em relação da associação entre níveis pressóricos e fatores possivelmente associados como sexo, aderência ao tratamento, IMC e a prática de exercício físico. Picos – PI, 2018. (n=124).

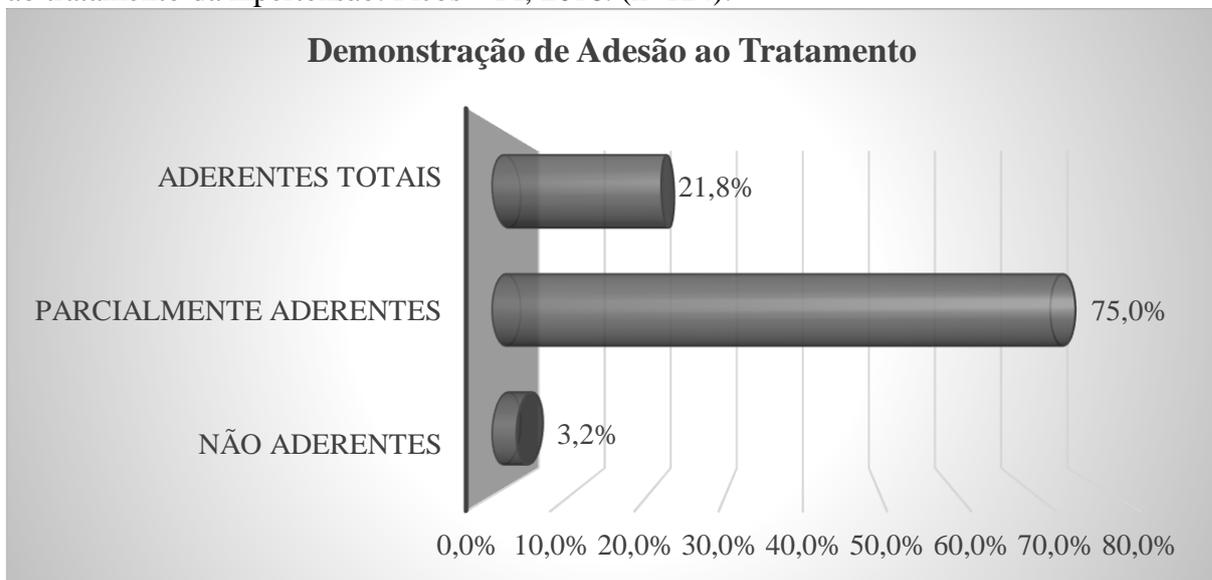
Fonte: dados da pesquisa.

Como é demonstrado na tabela acima há um predomínio de participantes com o descontrolo dos níveis pressóricos (58,9%), sendo que 35,5% é dos níveis pressóricos não controlados são sexo feminino.

| Variáveis | Níveis Pressóricos Controlados | | | | Total | |
|-------------|--------------------------------|------|-----|------|-------|------|
| | Não | | Sim | | f | % |
| | f | % | f | % | | |
| Total | 73 | 58,9 | 51 | 41,1 | 124 | 100 |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 29 | 23,4 | 15 | 12,1 | 44 | 35,5 |
| Feminino | 44 | 35,5 | 36 | 29,0 | 80 | 64,5 |

No Gráfico 2 é apresentado os níveis de adesão ao tratamento da hipertensão dos idosos hipertensos pesquisados sendo classificados em Não aderentes aqueles que pontuaram de 0 a 17 pontos, parcialmente aderentes aqueles que pontuaram de 18 a 38 pontos e aderentes total aqueles que pontuaram de 39 a 48 pontos.

GRÁFICO 2 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo as variáveis de aderência ao tratamento da hipertensão. Picos – PI, 2018. (n=124).



Fonte: dados da pesquisa.

Como evidencia o gráfico 2 a grande maioria dos participantes(75,0%) do estudo são classificados como Aderidos Parcialmente ao tratamento da hipertensão, enquanto 21,8% são classificados como aderentes total e apenas 3,2% não são aderentes ao tratamento. Isso reflete quanto à média da PA apresentado anteriormente.

6 DISCUSSÃO

No presente estudo o maior número de pessoas que participaram era do sexo feminino (64,5%), com a média de 69 anos (dp:±8,0), sendo que as maiores partes se encontravam na faixa etária de 60 a 69 anos (56,4%) quanto à situação conjugal 60,5% eram casados ou moravam junto com o companheiro e tinham a renda familiar até um salário mínimo 62,9% se assemelhando com o estudo de Esteves *et al.* (2017), que houve equivalência entre os resultados descritos quanto ao sexo feminino 58,0%, média de idade 67,1anos (dp:±7,2) com prevalência na faixa etária de 60 a 69 anos (53,2%), situação conjugal casado ou (56,4%) e renda familiar até um salario mínimo (66,1%).

Em relação à escolaridade a maior frequência de participantes eram analfabetos (54,0%) e que se autodeclararam de cor parda (59,7%) se aproximando com os resultados encontrados em Sousa *et al.* (2016) que apresentaram 62,7% e 44,3% respectivamente.

Quanto à prática de exercício físico, constatou-se que a mesma é baixa, pois 58,1% dos participantes não realizam nenhum tipo de exercício físico regular, sendo um dado preocupante já que a prática de exercício físico ajuda a regular os níveis pressóricos, além de controlar outras comorbidades como a DM e o perfil lipídico e ajudar na diminuição da gordura corporal. Os dados do presente estudo se diverge com o estudo de Coelho (2016) que averiguou que 76,7% dos idosos praticavam exercício físico, porem concernente ao tipo de exercício físico praticada se assemelham pois a grande parte da população estudada que praticavam exercício físico 67,9% optam pela realização de caminhada assimilando com os resultados do estudo citado, onde 53,3% escolhem a mesma modalidade de atividade.

Referente ao tabagismo observou um elevado percentual de ex-tabagistas 51,6 %, aproximando do estudo de Hortencio *et. al* (2018), no qual foi encontrado 47% de ex-fumantes, esse valor deve se justificar pela queda de 30,7% no hábito de fumar em nove anos de acordo com os dados apresentados pelo Ministério Da Saúde (2015). O hábito de fumar é considerado um dos fatores de risco mais influentes em doenças cardiovasculares, pois provoca o aumento do trabalho cardíaco, a disfunção do endotélio capilar, a liberação de catecolaminas e a hiperreatividade vascular, por meio da nicotina presente no cigarro, elevando, assim, a pressão arterial.(ALMEIDA *et al.* ,2017).

Relacionado a ingestão de álcool 77,4% dos idosos referem não ingerirem álcool, divergindo do estudo de Lopes (2014) onde 70 % dos participantes ingeriam bebidas alcoólicas. Sabe-se que consumo abusivo de álcool, pode estar casualmente associado à elevação dos níveis pressóricos. Por isso, a importância de levantar essas informações, pois com base nesse conhecimento, mudanças no estilo de vida têm sido indicadas na prevenção e no tratamento da HAS (VIEIRA *et al.*, 2016).

O perfil nutricional da população analisada foi caracterizado pelo IMC indicado para idosos mostra que 49,8% da população estudada se encontrava com peso adequado, dissentindo do estudo de Soares *et al.* (2017) que apresentava-se 68,7% da população com o perfil sobrepeso.

São considerados padrões alimentares adequados: ter uma dieta rica em vegetais, frutas, verduras, grãos, fibras, alimentos com baixo teor de gorduras saturadas (alimentos cozidos, assados, grelhados ou refogados, com temperos naturais), além de limitar a ingestão de sal, de álcool, doces e frituras (PASA, *et al.*, 2016).

Outro ponto a se destacar é a dificuldade para a adoção de uma alimentação balanceada, pobre em gorduras e doces e rica em frutas e vegetais pelos idosos do estudo. Ensaio clínico randomizado, realizado com 144 hipertensos, mostrou que uma dieta saudável esteve associada a maiores reduções nos valores pressóricos (MACHADO *et al.*, 2017).

Em relação aos valores do consumo de legumes e verduras (67,7%), frutas (84,7%), leite desnatado (29,0%) a utilização de temperos industrializados (59,7%) e apenas 8,1 % adicionam sal a comida pronta, evidenciado nessa pesquisa, apresentando conformidade ao estudo de Gadenz; Benvegnú, (2013), onde foi demonstrado os seguintes valores de consumo: 76,4% de hortaliças, 69,3% de frutas 21,3% de leite sem gordura e 68,4% de uso de temperos industrializados e somente (5,2%) dos idosos relataram que adicionavam sal às refeições prontas. Porém aos valores que se atribuem a correspondência da ingestão de refrigerantes em ambos os estudos diferem, pois 46,0% afirmam fazerem uso da ingestão contra 19,3% do estudo comparado.

Então se pode perceber que a grande maioria dos idosos opta em fazer uso de temperos industrializados (59,7%) esses são alimentos ricos em sódio, onde há importância para preferência de condimentos naturais, como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, em troca aos industrializados (IBIAPINA *et al.*, 2013). Vale salientar também a preferência de alimentos ricos em gorduras como a prioridade do consumo de leite integral, nesse estudo.

Em relação ao tempo de evolução da doença levantado, evidencia-se a característica da cronicidade. Deve-se observar o tempo da doença, pois aliada à ausência de sintomatologia específica e complicações de longo prazo advindas do não controle da hipertensão, tende a se constituir em fatores dificultadores do processo de adesão ao tratamento e consequente controle satisfatório dos níveis tensionais (VIEIRA *et al.*, 2016).

A média da Pressão arterial obtida na pesquisa foi de 142,78 para a PAS e 82,2 para a PAD comparando ao estudo de Soar (2015) com PAS 136,11 e PAD 82,49 se encontram resultados parecidos, porém os valores se opõem conforme a classificação dos níveis

pressóricos sendo que o valor de PAS encontrado nessa pesquisa se adequa a níveis tensionais acima do recomendado pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. A média de PAS reflete então no total de 58,9% da amostra possuindo níveis não controlados com a predominância do sexo feminino 35,5%. O índice de divergindo então do estudo de Moroz, Kluthcovsky; Schafransk, (2016), sendo que as idosas hipertensas que apresentaram níveis de PA controlados foram de 56,8%.

No que diz respeito a adesão do tratamento da hipertensão o maior número de idosos hipertensos estudados (75%) se classificam como parcialmente aderidos, diferentemente do estudo de Ferreira (2015), onde apresentou 62,7% da população em aderentes totais segundo o questionário MBG adequado ao contexto brasileiro.

7 CONCLUSÃO

Foi constatado no presente estudo que a maioria da população estudada se encontrava com os níveis pressóricos elevados, pois a média da PA desse público estava maior que os valores recomendados pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.

Assim as consultas com essa população devem ser realizadas de forma individual, por acompanhamento de equipe multiprofissional, buscando conhecer o estilo de vida e possibilidades que tem para o cuidado de si de forma a se compartilhar e propor uma intervenção em saúde individualizada considerando as especificidades desta população.

Enfatizando a importância também de serem desenvolvidas estratégias coletivas, considerando o impacto que a informação para melhorar as condições de saúde e hábitos de vida do indivíduo, sua família e a comunidade em geral e assim realizar promoção, prevenção e controle, para minimizar ou evitar complicações decorrentes da doença não controlada.

A equipe multiprofissional de saúde da atenção básica deve conhecer e sempre buscar novas informações acerca dos hábitos de vida e alimentares dos idosos, além de sempre incentiva-los a aderirem completamente ao tratamento anti-hipertensivo. Para que assim, se torne possível identificar padrões que estejam descontrolando a PA, e a partir de então realizar intervenções comunitárias de modo a promovendo orientações e educação em saúde encaminhando essa população de acordo com as necessidades apresentadas, a fim de evitar futuras complicações cardiovasculares.

Portanto, em virtude desses achados mencionados, é notório que os idosos necessitam de um acompanhamento com profissionais que estimulem a aderência total ao tratamento da hipertensão, como o estímulo para a prática de exercício físico, melhor alimentação, uso de lembretes para o uso da alimentação entre outros.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G. S. C. *et al.* Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamento a partir da prescrição pictográfica. **Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro**, v. 14 n. 2, p. 611-624, maio/ago. 2016.
- ALMEIDA, A. S. *et al.* Estilo de vida e perfil socioeconômico de pacientes hipertensos. **Rev enferm UFPE**. v. 11, n.12, dez., 2017.
- AMARAL, F. A. *et al.* Qualidade de vida dos usuários do Programa Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde do município de Guarapuava/PR. **Revista De Saúde Pública Do Paraná**, v. 18, n. 1, p. 64-71, jul. 2017.
- ANDRADE, J. M. O. *et al.* Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, 2014.
- BARRETO, M.S.; MATSUDA, L.M.; MARCON, S.S. Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária. **Esc. Anna Nery**, v.20, n.1, Jan./Mar. 2016.
- BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* Proposta de padronização do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM): estudo piloto cooperativo (FMUSP/EPM). **Arq Neuropsiquiatr**, v. 52, n. 1, p. 225-240, 1994.
- BORGES, M. E. S. *et al.* Fatores de risco para vigilantes. **Rev enferm UFPE**. n.12, v.4, abr. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, CONEP. **Resolução nº 466/12** sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/picos/panorama> > Acesso em 17 de Set., 2017.
- COELHO, I. P. S. M. **Prática de atividade física na terceira idade. 2016. 61 F. Monografia (Bacharel em Enfermagem)**, Universidade Federal do Piauí, Picos, 2016.
- DIAS, E. G. *et al.* Avaliação de uma Estratégia Saúde da Família quanto à promoção de adesão ao tratamento e o controle da hipertensão sob a ótica do idoso. **J. Health Sci Inst**. n.34, v.2, 2016.
- Dias, E. G. *et al.* Estilo de vida e fatores dificultadores no controle da hipertensão. **Rev .Enferm UFPI**, v.4, n.3 jul./set., 2015.

ESTEVEES, M.; *et al.* Qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos em um serviço ambulatorial. **Rev.Medicina Ribeirão Preto**, v. 50, n. 1, 2017.

FERRAZ, M.O.S.; REIS,L.A.; LIMA,P.V. Condições de saúde de idosos portadores de Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Psic.**, v.10, n. 33, 2017.

FERREIRA, M. A. **Determinantes da adesão ao tratamento de usuários com hipertensão cadastrados no programa hiperdia da atenção primária à saúde.** 2015. 81 F. Dissertação (Mestrado Em Atenção À Saúde).- Programa De Pós-Graduação Stricto Sensu Em Atenção À Saúde, Universidade Federal Do Triângulo Mineiro, Uberaba-Mg, 2015.

FREITAS, M.C.; CAMPOS, T. D.; GIL, C. A. Expectativas e concepções de trabalho na velhice em homens na meia-idade. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 8, n. 2, dez. 2017.

GADENZ, S. D.; BENVENÚ, L.A. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva.** v. 18, n.12, 2013.

GHELMAN, L. G. *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial e fatores associados. **Rev enferm UFPE.** n.12, v.4, maio, 2018.

GIL, A.C., **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5ª ed. São Paulo. Atlas, p.184 2010.

GREZZANA, G. B.; STEIN, A. T.; PELLANDA, L. C. A Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial de 24 Horas Prediz Desfechos em Hipertensos na Atenção Primária à Saúde: Estudo de Coorte. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v.30, n. 4, 2017.

HORTENCIO, M. N. S. *et al.* Efeitos de exercícios físicos sobre fatores de risco cardiovascular em idosos hipertensos. **Rev. Bras. Promoção Saúde.** 2018.

IBIAPINA, D.F.N.; SANTOS, A. N.; OLIVEIRA, L.N.R. Conhecimento dos pacientes com hipertensão arterial sobre a quantidade de sódio presente nos alimentos. **Rev. Interd.** v.6, n.4, out./nov./dez., 2013.

KROTH, K. B. *et at.* Fatores associados à hipertensão arterial não controlada em pacientes atendidos em unidades de atenção primária. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 7, n. 4, nov., 2017.

LEITE, B. S. *et al.* A vulnerabilidade dos cuidadores de idosos com demência: revisão integrativa. **Rev Fund Care Online**, v. 9 n. 3, jul./set. 2017.

LOBO, A. J. S.; SANTOS, L.; GOMES; S. Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 6, nov./dez., 2014.

LOPES, C. A. O. **Adesão ao tratamento de pacientes idosos com hipertensão arterial sistêmica.** 2014. 44 f. Monografia (Especialização em cuidado de enfermagem em Doenças Crônicas), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

MACHADO, A. L. G. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico e adesão ao tratamento de idosos com hipertensão. **Rev enferm UFPE**. v. 11, n.12, dez. 2017.

MACHADO, A.L.G. **Efeito do círculo de cultura na adesão ao tratamento e no letramento em saúde de idosos hipertensos**. 2015. 135 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Doutorado em Enfermagem, Fortaleza, 2015.

MAGNABOSCO, P. *et al.* Prevalência e controle da hipertensão arterial: estudo comparativo entre população urbana e rural. **Rev. Min. Enferm.** 2017 21:e-999. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1135/e999.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

MALACHIAS, M.V.B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**. v.107, s.3, 2016.

MARIN, N.S.; SANTOS, M. F.; MORO, A. S. Percepção de hipertensos sobre a sua não adesão ao uso de medicamentos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50 n. esp., 2016.

MATTA, S.R. **Adaptação transcultural de instrumento para medida da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabético**. 2010.88 F. Dissertação (Mestrado)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

MOROZ, M. B.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; SCHAFRANSK, M. D. Controle da pressão arterial em idosos hipertensos em uma Unidade de Saúde da Família e fatores associados. **Cad. Saúde Colet.**, n.24, v.1, 2016.

NEVES, R. G. *et al.* Atenção oferecida aos idosos portadores de hipertensão: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cad. Saúde Pública**, v. 33 n. 7. 2017.

PASA, D.; *et al.* Alimentação e doenças crônicas não transmissíveis em idosos participantes de um grupo de terceira idade. **Revista UNIABEU**. v.9, n.23, set./dez., 2016.

POLIT, D.F. ; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre. Artmed, 2011.

ROCHA, F.S.; GARDENGHI, G.; OLIVEIRA P.C. Perfil de idosos submetidos à avaliação geriátrica ampla em serviço de reabilitação. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, n.2, v.30 abr./jun. 2017.

SANTOS, G. S.; FILONI, E.; ALVES, V. L. S. O impacto de um manual de orientações na adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial e qualidade de vida dos idosos. **Estud. interdiscipl. Envelhecimento**, v. 20, n. 3., 2015.

SILVA, P. A. B. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de idosos acompanhados por equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero. **Rev Fund Care Online**, v.10, n. 1, p.97-105, jan./mar. 2018.

SOAR, C. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos não institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. v. 18, n.2, 2015.

SOARES M.C. *et al.* Perfil dos idosos cadastrados no HIPERDIA em uma Unidade Saúde da Família do município de Belém-PA. **Rev. Para Res Med.** v. 1, n.1, 2017.

SOARES, W. D. Estado Nutricional em Idosos com Doenças Crônicas não Transmissíveis. 2017. **Rev. Port.: Saúde e Sociedade.** v. 1, n.2, 2016.

Universidade Federal de Santa Catarina. **Questionário EpiFloripa idoso 2009.** Disponível em : <http://www.epifloripa.ufsc.br/wp-content/uploads/2011/06/QUESTIONARIO_IDOSO-20091.pdf> Acesso em: 19 Out. 2017.

VIEIRA, C. P. B. *et al.* Prevalência referida, fatores de risco e controle da hipertensão arterial em idosos. **Rev: fundam. care.** v. 8, n.2, abr./jun. 2016.

VIEIRA, V. A. S. et al. Cuidados de enfermagem para pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: mapeamento cruzado. **Rev baiana enferm.**, v. 31, n. 4, 2017.

WHELTON, P. K. et al. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: a report of the American College of Cardiology. American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. **Journal of the American College of Cardiology**, 2017.

ZENEVICZ, L.; MORIGUCHI, Y.; MADUREIRA, V. S. F. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 2, 2013.

APÊNDICES

Apêndice A - Formulário coleta de dados*

Instrumento N° _____.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. **Idade:** _____
2. **Sexo:** 1 masculino () 2 feminino ()
3. **Cor/ raça:** (1) branca (2) parda (3) negra ou preta (4) amarela (5) indígena
4. **Situação conjugal:** (1) casado(a)/ com companheiro(a) (2) solteiro(a) (3) divorciado(a)/separado(a) (4) viúvo(a)
5. **Escolaridade:** (1)Analfabeto (2)Ensino Fundamental Incompleto (3)Ensino Fundamental completo (4)Ensino Médio Incompleto (5) Ensino médio completo
6. **Qual a renda familiar mensal?** R\$_____,00.

Aferição da PA:

| 1ª AFERIÇÃO P.A | PAS | PAD |
|--------------------------|-----|-----|
| Membro superior direito | | |
| Membro superior esquerdo | | |

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

7. **Peso:** _____ kg
8. **Altura:** _____ m
9. **IMC** _____ kg/m²

HÁBITOS DE VIDA

10. **Pratica algum tipo de exercício físico?** () Não Sim () Tipo_____.

| Dias | Domingo | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado |
|--------|---------|---------|-------|--------|--------|-------|--------|
| Tempo: | | | | | | | |

11. **O (a) Sr.(a) fuma ou fumou cigarros?** (0) não (1) Fumou e parou (2) Fuma atualmente.
12. **Ingere bebida alcoólica:** (0) Não (1) Sim.
13. **Com que frequência o(a) Sr.(a) toma bebidas alcoólicas?**(0) Nunca (1) Mensalmente (2) Semanalmente (3) Diariamente

Aferição da PA:

| 2ª AFERIÇÃO P.A | PAS | PAD |
|--------------------------|-----|-----|
| Membro superior direito | | |
| Membro superior esquerdo | | |

| |
|----------------------------|
| HÁBITOS ALIMENTARES |
|----------------------------|

14. **Quantas refeições o(a) Sr(a) faz por dia?** ____ refeições.
15. **o(a) Sr(a) costuma consumir salada verduras e legumes?** ____
16. **Em quantos dias da semana o (a) Sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco ou criação) ?** ____ dias?
17. **Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer carne branca(aves e peixes)?** ____ dias.
18. **Quando o Sr(a) come a carne, o(a) Sr(a) costuma:** (0) tirar sempre a pele e gorduras visíveis (1) comer com a pele e gorduras.
19. **Qual a preferencia quanto ao preparo para o consumo das carnes?**
(0) grelhada/ ao forno sem óleo (1)cozida (2) frita.
20. **Em quantos dias na semana o (a) Sr(a)costuma comer frutas?** ____ dias
21. **Num dia comum, quantas vezes o(a) Sr(a) come frutas?** (0) uma vez no dia (1) duas vezes no dia (2) três ou mais vezes no dia
22. **Em quantos dias da semana o (a) Sr(a)costuma tomar leite?** ____ dias
23. **Quando o(a) Sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?** (0) integral (1) desnatado ou semi-desnatado
24. **Utiliza temperos industrializados:** (0)não (1)sim
25. **Acrescenta sal à comida pronta:** (0)não (1)sim
26. **Ingere refrigerantes:** (0)não (1)sim quantidade por semana_____ copos.

| 3ª AFERIÇÃO P.A | PAS | PAD |
|--------------------------|------------|------------|
| Membro superior direito | | |
| Membro superior esquerdo | | |

*Adaptado do estudo EpiFloripa idoso UFSC(2009).

Apêndice B – TCLE

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: fatores associados ao descontrole dos níveis pressóricos de idosos hipertensos.

Pesquisador responsável: Me. Laura Maria Feitosa Formiga, docente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI.

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros – CSHNB, Departamento de Enfermagem.

Pesquisador participante: Rayla Caroline Carvalho Reis.

Telefones para contato (inclusive a cobrar): (89) 9090994396047

E-mail: raylacaruline@gmail.com

Prezado(a) Senhor(a):

• Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste instrumento de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este formulário, 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. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Objetivo do estudo: Avaliar os fatores associados ao descontrole dos níveis pressóricos de idosos hipertensos; Caracterizar os idosos quanto aos aspectos sociodemográficos, antropométricos, hábitos alimentares e hábitos de vida; verificar a adesão ao tratamento da hipertensão; Identificar os recursos conhecidos pelos idosos para o controle do nível pressórico.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder às perguntas de um formulário sobre dados sociodemográficos, dados antropométricos, hábitos alimentares, hábitos de vida e quanto ao tratamento da hipertensão, além

disso haverá também a aferição do nível pressórico por meio de um estetoscópio e esfigmomanômetro .

Benefícios: Ampliação do conhecimento científico, pois os resultados obtidos serão disponibilizados em bancos de dados para fins acadêmicos; Contribuição para o desenvolvimento de políticas públicas que levem informações a respeito de medidas preventivas e que promovam o controle da hipertensão arterial; Colaboração para identificação dos fatores associados ao descontrole pressórico dos idosos hipertensos cadastrados na ESF para que assim, a equipe atuante na estratégia possa intervir na tentativa de melhorar e controlar os níveis pressórico .

Riscos: Os participantes da pesquisa estarão submetidos ao risco de constrangimento por alguma pergunta abordada no formulário como a quantidade de quilogramas que possui, renda familiar e quanto ao consumo alimentar. Para minimizar os riscos aos participantes, a coleta dos dados ocorrerá em uma sala reservada.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Custo: A pesquisa é isenta de custos para os participantes, pois todos os gastos referentes a esta pesquisa serão custeados pelo autor/pesquisador.

Indenização: o pesquisador responsabiliza-se pela indenização de eventuais danos que a pesquisa possa ocasionar.

Eu, _____,

RG/ CPF _____, concordo em participar do estudo, como sujeito. Assino esse termo em duas vias, sendo que uma pertencerá a mim e a outra ao pesquisador. Declaro que fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa "**fatores associados ao descontrole dos níveis pressóricos de idosos hipertensos**". 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. 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.

Picos, ____ de _____ 20 ____.

Local e Data: _____

Assinatura do Participante: _____

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

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ 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.

Picos, ____ de _____ de 2017.

Laura Maria Lúcia Formiga

Assinatura do pesquisador responsável

Prof.^a Laura M. Lúcia Formiga
SIAP 70632464/UFPI
REN 1400534/P1

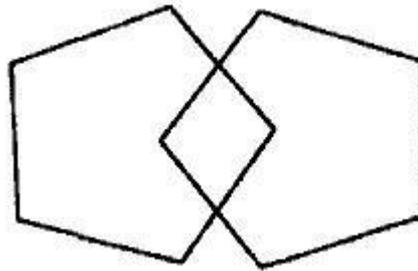
Observações complementares: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros localizado no seguinte endereço: Rua Cícero Duarte, 905. Bairro Junco, Picos – PI. CEP: 64.607-670. Telefone: 089-3422-3007 - email: cep-ufpi@ufpi.edu.br / web: <http://www.ufpi.br/orientacoes-picos>.

ANEXOS

Anexo A – Mini Exame Do Estado Mental (MEEM)*

1. Orientação espacial (0-5 pontos):
Em que dia estamos?
 - Ano
 - Semestre
 - Mês
 - Dia
 - Dia da Semana
2. Orientação espacial (0-5 pontos):
Onde Estamos?
 - Estado
 - Cidade
 - Bairro
 - Rua
 - Local
3. Repita as palavras (0-3 pontos):
 - Caneca
 - Tijolo
 - Tapete
4. Cálculo (0-5 pontos):
O senhor faz cálculos?
Sim (vá para a pergunta 4a)
Não (vá para a pergunta 4b)
 - **4a.** Se de 100 fossem tirados 7 quanto restaria? E se tirarmos mais 7?
 - 93
 - 86
 - 79
 - 72
 - 65
 - **4b.** Solete a palavra MUNDO de trás pra frente
 - O
 - D
 - N
 - U
 - M
5. Memorização (0-3 pontos):
Peça para o entrevistado repetir as palavras ditas há pouco.
 - Caneca
 - Tijolo
 - Tapete
6. Linguagem (0-2 pontos):
Mostre um relógio e uma caneta e peça para o entrevistado nomeá-los.
 - Relógio
 - Caneta
7. Linguagem (1 ponto):
Solicite ao entrevistado que repita a frase:
 - NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.
8. Linguagem (0-3 pontos):
Siga uma ordem de 3 estágios:

- Pegue esse papel com a mão direita.
 - Dobre-o no meio.
 - Coloque-o no chão.
9. Linguagem (1 ponto):
- Escreva em um papel: "FECHE OS OLHOS". Peça para o entrevistado ler a ordem e executá-la.
10. Linguagem (1 ponto):
- Peça para o entrevistado escrever uma frase completa. A frase deve ter um sujeito e um objeto e deve ter sentido. Ignore a ortografia.
11. Linguagem (1 ponto):
- Peça ao entrevistado para copiar o seguinte desenho. Verifique se todos os lados estão preservados e se os lados da intersecção formam um quadrilátero. Tremor e rotação podem ser ignorados.



12. Avaliação dos resultados:

Normal: acima de 27 pontos

Demência: menor ou igual a 24 pontos; em caso de menos de 4 anos de escolaridade, o ponto de corte passa para 17, em vez de 24.

*BERTOLUCCI, P. H. F. 1994.

ANEXO B– Instrumento de mensuração da adesão ao tratamento anti-hipertensivo*
(Instrumento MBG adaptado ao contexto brasileiro.)

| | | | | |
|--|------------------|--------------|-----------------|-----------|
| 1. Toma as medicações no horário estabelecido. | | | | |
| Sempre(4) | Quase sempre (3) | Às vezes (2) | Quase nunca (1) | Nunca (0) |
| 2. Toma todas as doses indicadas. | | | | |
| Sempre (4) | Quase sempre (3) | Às vezes (2) | Quase nunca (1) | Nunca (0) |
| 3. Segue as regras da dieta. | | | | |
| Sempre (4) | Quase sempre (3) | Às vezes (2) | Quase nunca (1) | Nunca (0) |
| 4. Vai a consultas marcadas. | | | | |
| Sempre (4) | Quase sempre (3) | Às vezes (2) | Quase nunca (1) | Nunca (0) |
| 5. Realiza os exercícios físicos indicados. | | | | |
| Sempre (4) | Quase sempre (3) | Às vezes (2) | Quase nunca (1) | Nunca (0) |
| 6. Encaixa os horários do remédio nas atividades do seu dia a dia. | | | | |
| Sempre (4) | Quase sempre (3) | Às vezes (2) | Quase nunca (1) | Nunca(0) |
| 7. O(a) Senhor(a) e seu médico decidem juntos o tratamento a ser seguido. | | | | |
| Sempre (4) | Quase sempre (3) | Às vezes (2) | Quase nunca (1) | Nunca (0) |
| 8. Cumpre o tratamento sem supervisão de sua família ou amigos. | | | | |
| Sempre(4) | Quase sempre (3) | Às vezes (2) | Quase nunca (1) | Nunca (0) |
| 9. Leva o tratamento sem grandes esforços. | | | | |
| Sempre (4) | Quase sempre (3) | Às vezes (2) | Quase nunca (1) | Nunca(0) |
| 10. Faz uso de lembretes para realização do tratamento. | | | | |
| Sempre (4) | Quase sempre (3) | Às vezes (2) | Quase nunca (1) | Nunca(0) |
| 11. O(a) Senhor(a) e seu médico discutem como cumprir o tratamento. | | | | |
| Sempre (4) | Quase sempre (3) | Às vezes (2) | Quase nunca (1) | Nunca(0) |
| 12. Tem a possibilidade de dar a sua opinião no tratamento que o médico prescreveu. | | | | |
| Sempre (4) | Quase sempre (3) | Às vezes (2) | Quase nunca (1) | Nunca(0) |

*MATTA, S.F, 2010.

Classificação dos resultados:

- Aderidos totais: 38 a 48 pontos;
- Aderidos parciais: 18 a 37 pontos;
- Não aderidos: 0 a 17 pontos.

ANEXO C- Etapas para a realização da medição da PA (VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2016)

1. Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre acrômio e olécrano;
2. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço;
3. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;
4. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
5. Estimar o nível da PAS pela palpação do pulso radial*;
6. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva*;
7. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação*;
8. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo)*;
9. Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação*;
10. Determinar a PAD no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff)*;
11. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa*;
12. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da PAS/PAD/zero*;
13. Realizar pelo menos duas medições, com intervalo em torno de um minuto. Medições adicionais deverão ser realizadas se as duas primeiras forem muito diferentes. Caso julgue adequado, considere a média das medidas;
14. Medir a pressão em ambos os braços na primeira consulta e usar o valor do braço onde foi obtida a maior pressão como referência;
15. Informar o valor de PA obtido para o paciente; e
16. Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a PA foi medida.

* Itens realizados exclusivamente na técnica auscultatória

ANEXO D- Parecer consubstanciado do CEP

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ALIMENTARES DE IDOSOS HIPERTENSOS

Pesquisador: LAURA MARIA FEITOSA FORMIGA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68650517.1.0000.8057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.244.612

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado "AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ALIMENTARES DE IDOSOS HIPERTENSOS" se propõe a avaliar as práticas alimentares de idosos hipertensos, caracterizando os idosos quanto aos aspectos, sociodemográficos, antropométricos e estilo de vida, investigar a ingestão de alimentos dos idosos em relação ao consumo de sódio, verificar o valor pressórico de acordo com o comportamento alimentar e fatores de risco associados a má alimentação em idosos hipertensos.

Será executado em duas UBS, campo de estágio dos acadêmicos de enfermagem da UFPI/CSHNB, com 148 idosos hipertensos. Para tanto utilizará instrumento de coleta de dados adaptado de outros estudos.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar as práticas alimentares de idosos hipertensos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os participantes da pesquisa estarão submetidos ao risco de constrangimento por alguma

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3007

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

Continuação do Parecer: 2.244.612

pergunta

abordada no formulário como a quantidade de Kg que possui, renda a familiar e quanto á ingesta alimentar.

Benefícios:

1. Ampliação do conhecimento científico, pois os resultados obtidos serão disponibilizados em bancos de dados para fins acadêmicos;
2. Contribuição para o desenvolvimento de políticas públicas que levem informações a respeito de medidas preventivas e que promovam o controle da hipertensão arterial.
3. Colaboração para identificação das práticas alimentares dos idosos hipertensos cadastrados na ESF para que assim, a equipe atuante na estratégia possa intervir na tentativa de melhorar padrões alimentares inadequados e os níveis pressórico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância quanto ao objetivo se propõe alcançar, apresentando o embasamento necessário à sua compreensão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados

Recomendações:

Os ajustes necessários foram realizados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto prever todos os aspectos éticos necessários à realização da pesquisa, tendo sido ajustado conforme as especificações solicitadas em parecer anterior.

Considerações Finais a critério do CEP:

aprovado

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3007

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 2.244.612

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|--------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_924217.pdf | 17/06/2017 07:21:15 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tcle.pdf | 17/06/2017 07:20:50 | LAURA MARIA FEITOSA FORMIGA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto.pdf | 17/06/2017 07:20:31 | LAURA MARIA FEITOSA FORMIGA | Aceito |
| Outros | lattes.pdf | 22/05/2017 15:58:49 | LAURA MARIA FEITOSA FORMIGA | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | declaracao.pdf | 22/05/2017 15:57:13 | LAURA MARIA FEITOSA FORMIGA | Aceito |
| Outros | termo.pdf | 22/05/2017 15:52:27 | LAURA MARIA FEITOSA FORMIGA | Aceito |
| Outros | carta_de_encaminhamento.pdf | 22/05/2017 15:47:52 | LAURA MARIA FEITOSA FORMIGA | Aceito |
| Outros | autorizacao.pdf | 22/05/2017 15:46:46 | LAURA MARIA FEITOSA FORMIGA | Aceito |
| Outros | instrumento.docx | 22/05/2017 15:43:05 | LAURA MARIA FEITOSA FORMIGA | Aceito |
| Orçamento | orcamento.docx | 22/05/2017 15:42:04 | LAURA MARIA FEITOSA FORMIGA | Aceito |
| Cronograma | cronograma.docx | 22/05/2017 15:37:12 | LAURA MARIA FEITOSA FORMIGA | Aceito |
| Folha de Rosto | folha.pdf | 22/05/2017 15:36:07 | LAURA MARIA FEITOSA FORMIGA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PICOS, 29 de Agosto de 2017

Assinado por:
LUISA HELENA DE OLIVEIRA LIMA
(Coordenador)

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI **Município:** PICOS

Telefone: (89)3422-3007

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
() Dissertação
(x) Monografia
() Artigo

Eu, Rayla Caroline Carvalho Reis, autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação Fatores associados ao descontrole dos níveis pressóricos em idosos hipertensos de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI, 03 de Setembro de 2018.

Rayla Caroline Carvalho Reis
Assinatura