

**AJES - FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE  
DO JURUENA  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO HIPERTENSO NO MUNICÍPIO JUÍNA - MT**

**Autora: Ana Paula dos Santos**

**Orientador: Francisco José Andriotti Prada**

**JUÍNA - MT**

**2014**

**AJES - FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE  
DO JURUENA  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO HIPERTENSO NO MUNICÍPIO JUÍNA - MT**

**Autora: Ana Paula dos Santos**

**Orientador: Francisco José Andriotti Prada**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado a Banca Examinadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Contábeis e de Administração do Vale do Juruena, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**JUÍNA - MT**

**2014**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus que sempre me abençoou e guiou meus passos dando-me força para vencer os obstáculos.

Decido aos meus pais Ivaldo e Maria pelo ensinamento, sabedoria e caráter e honestidade que em nenhum momento me deixaram desistir dos meus sonhos, sempre acreditando na minha competência, não mediram esforços para realização dos meus sonhos, sou extremamente feliz por tê-los como pai e mãe. AMO MUITO VOCÊS INFINITAMENTE.

Dedico as minhas irmãs Ana e Sidimara e amigas Aline e Poliana, por ter me proporcionado momentos de distrações no momento de frustração e estresse no desenvolvimento do trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por iluminar e guiar meus passos, me dando força para lutar

Agradeço também ao meu orientador Prada pela paciência e compreensão, confiança que demonstrou e passou para conclusão dessa etapa tão esperada.

Agradeço a todas as Unidades que me acolheram para realização desse estudo e as agentes comunitárias de saúde e aos moradores idosos hipertensos de Juina que participaram desde estudo.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A Hipertensão Arterial (HA) é a principal causa de mortalidade e morbidade cardiovascular, tem alta prevalência e baixa taxa de controle, no Brasil afeta cerca de 60% da população idosa. **OBJETIVO:** Identificar características sócio-demográficas e epidemiológicas da população idosos assistida nas Estratégias de Saúde Da Família e uma Unidade Básica de Saúde no município de Juína-MT. **MÉTODO:** Estudo do tipo Quali/Quantitativo, o total de idosos hipertensos é de 3.720, foram entrevistados 10% de cada bairro sendo um total de entrevistados 306 idosos hipertensos assistidos nas Estratégias de Saúde da Família e uma Unidade Básica de Saúde no município, a coleta de dados foi realizado no período 10 de Agosto a 18 de Setembro de 2014. sendo selecionados de atendimento primária. O critério de inclusão utilizados foram: ser idoso hipertenso, ser cadastrado no Sistema de Cadastramento e Monitoramento de Hipertensos e Diabéticos. A coleta de dados foi iniciada após a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido segundo os critérios estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP), que definem as normas de pesquisa envolvendo Seres Humanos. Foi aplicado questionário com as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, cor, atividade física, hábitos de fumar, ingestão de álcool, atividade ocupacional, escolaridade, número de moradores por domicílio, e renda percapta, esses resultado foram estruturado correlacionado com valores crescentes de 1 a 5 em cada questão para a quantificação e análise estatística em os sexos com ANOVA e Teste-T, e a media  $\pm$  desvio padrão por grupo, com  $p \leq 0,05$ , significativamente. **RESULTADOS:** Dados da população amostral resultou um predomínio das mulheres hipertensas com faixa etária de 71 a 75 anos da cor branca, atividade física não resultou diferença significativa sendo que prática realizada de forma eventual em ambos os sexos, quanto ao hábito fumar e a ingestão de álcool o sexo masculino faz mais consumo que o sexo feminino, em relação a atividade ocupacional foi constatado maior número de percentual de aposentados é do sexo masculino sendo eles também com maior nível de escolaridade sendo sendo até 2º Grau incompleto, número de moradores por domicílio também o predomínio é do sexo masculino com 3 a 4 pessoas morando com idosos e renda percapta o sexo masculino predominou sobre o feminino com renda de 2 a 3 salários mínimos sobre 1 salário mínimo. **CONCLUSÃO:** Identificou-se que o sexo feminino são as que busca com mais frequência o atendimento primário, com esses resultados as Unidades de atendimento primários poderão se organizar, para desenvolver estratégias e medidas preventivas com que desenvolva interesse nos idosos para o auto-cuidado no controle da Pressão Arterial, diminuindo e normalizando a

prevalência e incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica no município de Juína/MT, proporcionando uma aquisição de hábitos saudáveis no processo envelhecer.

**Palavras Chave:** Hipertensão Arterial, Idoso, Atenção Primária.

### **ABSTRACT**

**BACKGROUND:** The arterial hypertension (AH) is the leading cause of cardiovascular mortality and morbidity, has high prevalence and low rate control in Brazil affects about 60% of the elderly population. To identify socio-demographic and epidemiological the elderly population assisted in Family Health Strategies and a basic health unit in the municipality of Juína-MT. **METHODS:** Qualitative Study type / Quantitative, total elderly hypertensive patients is 3,720, were interviewed 10% of each district being interviewed a total of 306 elderly hypertensive patients assisted in Health Strategies and Family Health Unit in the city, the data collection was carried out between 10 August to 18 September 2014 were selected primary care. The inclusion criteria were: being elderly hypertensive, be registered in the System of Registration and Monitoring Hypertensive Diabetics. Data collection was initiated after signing the Consent term and Clear according to the criteria established by Resolution 466/12 of the National Health Council (CONEP), which define the guidelines for research involving human beings. Questionnaire was applied with the following variables: gender, age, color, physical activity, smoking habits, alcohol consumption, occupational therapy, education, number of household members, and percapita income, these results were structured correlated with increasing values 1-5 in each issue for quantification and statistical analysis in sex with ANOVA and T-test, and the mean  $\pm$  standard deviation per group, with  $p \leq 0.05$ , significantly. **RESULTS:** the sample population data resulted in a prevalence of hypertensive women aged 71-75 years of the white, physical activity did not result significant difference being that practice carried out in any way in both sexes, as the smoking habit and the intake the male alcohol consumption is more than the female, for occupational activity was found more pensioners percentage is male they also being with a higher educational level and being incomplete until 2nd grade, number of household members also the predominance is male with 3-4 people living with elderly and males percapita income predominated over females with income 2 to 3 minimum wages on 1 minimum wage. **CONCLUSION:** It was found that females are more often seeking primary care, with these results the primary care units may be organized to develop strategies and preventive measures to develop interest in the elderly for self-care in control of blood pressure, lowering and normalizing the prevalence and incidence of systemic hypertension in the city of Juína / MT, providing acquisition of healthy habits in the process aging.

**Keywords:** Hypertension, elderly, Primary.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Mostra a faixa etária dos pacientes entrevistados por Bairros e sexo, com media  $\pm$  desvio padrão por grupo. (1) Diferença significativa de  $p \leq 0,05$ , em relação ao grupo masculino.....30**
- Figura 2 - Mostra a cor dos pacientes entrevistados por Bairros e sexo, com media  $\pm$  desvio padrão por grupo. (1) Diferença significativa de  $p \leq 0,05$ , em relação a cor negra. ....31**
- Figura 3 - Mostra a prática de atividade física dos pacientes entrevistados por Bairros e sexo, com media  $\pm$  desvio padrão por grupo. (1) Diferença significativa de  $p \leq 0,05$ , em relação a prática de atividade física..... 32**
- Figura 4 - Mostra o consumo de Álcool pelos pacientes hipertensos entrevistados por Bairros e sexo, com media  $\pm$  desvio padrão por grupo. (1) Diferença significativa de  $p \leq 0,05$ , em relação ao consumo de Álcool.....33**
- Figura 5 - Mostra a ocupação dos pacientes entrevistados por Bairros e sexo, com media  $\pm$  desvio padrão por grupo. (1) Diferença significativa de  $p \leq 0,05$ , em relação a aposentadoria..... 34**
- Figura 6 - Mostra o hábito de fumar dos pacientes entrevistados por Bairros e sexo, com media  $\pm$  desvio padrão por grupo. (1) Diferença significativa de  $p \leq 0,05$ , em relação ao hábito de fumar por Bairro e sexo. ....35**
- Figura 7 - Mostra o número de moradores por domicílio dividido por Bairros e sexo, com media  $\pm$  desvio padrão por grupo. (1) Diferença significativa de  $p \leq 0,05$ , em relação ao hábito de fumar por Bairro e sexo. ....36**
- Figura 8 - Mostra a renda Percapta pelo número de moradores por domicílio dividido por Bairros e sexo, com media  $\pm$  desvio padrão. (1) Diferença significativa de  $p \leq 0,05$ , em relação ao hábito de fumar por Bairro e sexo.....37**
- Figura 9 - Mostra o Grau de escolaridade por Bairros e sexo, com media  $\pm$  desvio padrão. (1) Diferença significativa de  $p \leq 0,05$ , em relação ao hábito de fumar por Bairro e sexo. ....38**



## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1 - Classificação da PA sistólica e diastólica.....</b>	<b>23</b>
-------------------------------------------------------------------	-----------

## LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

<b>HIPERDIA</b>	Hipertenso e Diabéticos
<b>SISHIPERDIA</b>	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
<b>SAE</b>	Sistematização de Assistência de Enfermagem
<b>IECA</b>	Inibidores de Enzimas Conversora de Angiotensina
<b>CONEP</b>	Comissão Nacional de Ética e Pesquisa
<b>DBHA</b>	Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial
<b>MMHG</b>	Milímetro de Mercúrio
<b>CE</b>	Ceará
<b>RJ</b>	Rio de Janeiro
<b>RS</b>	Rio Grande do Sul
<b>MT</b>	Mato Grosso
<b>PERCAPT</b>	Renda Salarial por Indivíduo
<b>AVE</b>	Acidente Vascular Encefálico
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>DVC</b>	Doença Cardiovascular
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geográfica e Estatística
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PA</b>	Pressão Arterial
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>PAD</b>	Pressão Arterial Diastólica
<b>PAS</b>	Pressão Arterial Sistólica
<b>SBH</b>	Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>DATASUS</b>	Departamento de informação do Sistema Único de Saúde
<b>DCNT</b>	Doenças Crônicas não Transmissíveis
<b>SBC</b>	Sociedade Brasileira de Cardiologia
<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1 Hipertensão Arterial e Saúde Pública</b> .....	<b>13</b>
<b>2.2 Ações de enfermagem no atendimento a pessoa idosa na ESF</b> .....	<b>14</b>
<b>3 EPIDEMIOLOGIA</b> .....	<b>16</b>
<b>4 FATORES DE RISCO RELACIONADO AO IDOSO HIPERTENSO</b> .....	<b>18</b>
<b>4.1 Idade e Gênero</b> .....	<b>18</b>
<b>4.2 Cor e Raça</b> .....	<b>18</b>
<b>4.3 Obesidade e Sedentarismo</b> .....	<b>19</b>
<b>4.4 Ingestão de sal</b> .....	<b>19</b>
<b>4.5 Ingestão de álcool</b> .....	<b>20</b>
<b>4.6 Tabagismo</b> .....	<b>21</b>
<b>4.7 Fatores socioeconômicos</b> .....	<b>21</b>
<b>5 PROFILAXIA</b> .....	<b>22</b>
<b>6 DIAGNÓSTICO</b> .....	<b>23</b>
<b>7 TRATAMENTO</b> .....	<b>25</b>
<b>7.1 Tratamento não medicamentoso</b> .....	<b>25</b>
<b>7.2 Tratamento medicamentoso</b> .....	<b>25</b>
<b>7.3 Atividade física</b> .....	<b>26</b>
<b>8 OBJETIVOS</b> .....	<b>27</b>
<b>8.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>27</b>
<b>8.2 Objetivo Específico</b> .....	<b>27</b>
<b>9 MÉTODO</b> .....	<b>28</b>
<b>9.1 Análise Estatístico</b> .....	<b>29</b>
<b>9.2 aspectos éticos</b> .....	<b>29</b>
<b>10 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>30</b>
<b>11 CONCLUSÃO</b> .....	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>41</b>
<b>Apendice</b> .....	<b>47</b>

## 1 INTRODUÇÃO

É notável como o envelhecimento populacional vem crescendo em nossa sociedade, é um fenômeno global e requer uma atenção especial a saúde do idoso (MS, 2007).

Siqueira et al., (2007; apud Marin, 2011) afirma que, em 2015 o Brasil será o sexto país com maior número de indivíduos idosos, e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o ano de 2050 estimasse que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo. Tal crescimento afeta toda a sociedade, tornando-se um desafio para a saúde pública. O estilo de vida não favorável influenciado devido aos hábitos culturais, trazem um perfil epidemiológico mais propício as doenças crônicas.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, as DCNT são responsáveis por 63% de um total de 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008, esse aumento de morbidade ocorre devido a um conjunto de fatores desencadeando as enfermidades, entre elas, o uso excessivo de tabaco, bebidas alcoólicas, dietas e atividades físicas inadequadas, a faixa etária também é um fator de risco (WHO 2011).

Em consequência da maior idade aumenta a risco de doença cardiovascular (DCV), sendo essa a maior causa de óbitos nessa faixa etária (LANGE e OLIVEIRA, 2011). A Hipertensão Arterial (HA), é o principal fator de risco para incidência cardiovascular, atinge 25% da população e 50% são idosos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No Brasil as DCNT são responsáveis pelo registro de óbitos em maior complexidade, em 2007 foi registrado 72,0% do total de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3% dos óbitos), neoplasias (16,3%) e diabetes (5,2%) (SCHMIDT et al 2011)

Gontijo et al., (2012), afirma que, os idosos, compõem o grupo etário mais medicalizado na sociedade, necessitando assim de um cuidado contínuo. Para diminuir a prevalência de fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis, o Ministério da Saúde adota a Estratégia da Saúde da Família (ESF), essa estratégia tem como objetivo prevenir, promover e recuperar a saúde da população (MS, 2012).

Os profissionais da assistência primária trabalham com o propósito de promoção, prevenção, mas o foco da assistência não apenas ao indivíduo tem como base a família do mesmo, realizando ações educacionais para melhorar a qualidade de vida proporcionando uma assistência contínua, (MS, 2010). Segundo Kieller, (2004), não basta o profissional

apenas orientar, é preciso utilizar métodos que supram o desconhecimento do paciente para que o mesmo participe do processo de controle da doença e prevenir o surgimento de futuros agravos.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Hipertensão Arterial e Saúde Pública

A Hipertensão Arterial tem alto nível de prevalência e baixa prevenção, segundo a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (DBHA, 2010), a HA é considerada um dos principais problemas de Saúde Pública. Gonzáles, (2010) e o Ministério da Saúde (2002), ao longo do estudo resultam que o Brasil desde a década de 1960 até hoje a mortalidade por doenças cardiovasculares ultrapassam as doenças infecciosas.

Segundo a VI DBHA, (2010), a HA é uma doença degenerativa crônica assintomática, causada por alterações multifatoriais, sendo algumas hereditária, consumo de bebida e tabaco, obesidade, sedentarismo, etc, ou aposentadoria precoce, idade, sexo, raça, ocupação, escolaridade, nível socioeconômico, podendo ser ambientais ou hereditário (CARLOS et al., 2008), esses fatores junto com o processo envelhecer e o déficit no conhecimento sobre as conseqüências e alterações fisiológicas são responsáveis pelas alterações PA.

O Governo Federal lançou em 1994 lançou o Programa Saúde da Família (PSF), alterada hoje para Estratégia da Saúde da Família (ESF), com o intuito de efetivar a atenção primária, contribuindo para melhoria na assistência ao indivíduo, seja em grupo, em redes sociais, de forma individual (NICOLETTI, 2007). Os multiprofissionais que fazem parte da equipe no atendimento primário, responsáveis pela assistência, acompanhamento e monitoramento, avaliação, e estratégias preventivas do cuidado a saúde, esse cuidado é delimitadas por números de famílias (MS, 2010).

O Governo Federal juntamente com o ministério da saúde criou o Sistema de acompanhamento e monitoramento de pacientes Hipertensos e Diabéticos (SIS-HiperDia), implantado em todas as Unidades de atendimento primário (MS, 2002). Esse sistema disponibiliza o perfil epidemiológico dessa população, também a gera informações aos profissionais da área da saúde, gestores das secretarias municipais, estaduais e ministério da saúde, objetivando um controle de distribuição de medicamentos para a paciente cadastrado com hipertensão, e acompanhamento do tratamento desses pacientes possibilitando assim novas estratégias (HIPERDIA 2008). Os dados cadastrados no SIS-HiperDia, são disponibilizados a níveis nacional (MS, 2002).

## 2.2 Ações de enfermagem no atendimento a pessoa idosa na ESF

Grande parte dos idosos não tem condições de gozar uma vida saudável seja por condições socioeconômicas ou por falta de conhecimento de hábitos saudáveis, por isso buscam acompanhamento da equipe Multiprofissional da Unidade para receber os cuidados primários apropriados para seu estilo de vida (MINAYO, 2012). O profissional de enfermagem deve assegurar uma boa conduta na assistência ao hipertenso, tanto nas visitas domiciliares quanto no atendimento à Unidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O enfermeiro deve ter uma abordagem holística para os cuidados com o paciente adaptando aos novos hábitos de vida junto com a família para que ambos tenham conhecimento da prática do cuidado ao idoso hipertenso (GONZÁLES, 2010).

Segundo Betras (2003), não se pode evitar o envelhecimento e suas limitações, mais pode reduzir os fatores de risco, aumentando a expectativa de vida através do acesso a serviços preventivos na assistência primária e diminuindo assim os altos gastos financeiros com medicamentos de anti-hipertensivos que são de alto custo. Segundo (SANTELLO, 2002), o Brasil no ano de 2000 teve um gasto de 40% dos totais com a saúde primária, com pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, os pacientes portador de HA o gera um gasto com medicamentos por ano estimado em uma porcentagem de 80% e 55% de custou ambulatoriais e 41% a 17% sendo o totais de gastos no (SUS).

A assistência primária sob direção e gerenciamento do enfermeiro tem um papel considerável na promoção da saúde do idoso, diminuindo os risco de doenças crônicas e agravos e complicações dessa patologia, (CARLOS, 2008). É percebido na rotina de trabalho das Estratégias de Saúde da Família (ESF) que o profissional de enfermagem fica voltado para a prática burocrática e administrativa das unidades deixando a desejar ações voltadas para melhorar a qualidade assistencial no atendimento ao idoso, (MS, 2007).

Sendo assim o cuidado a pessoa idosa fica voltada para a parte medicamentosa e aos incentivos a mudanças de hábitos, (CABRAL, 2003). O idoso só busca a assistência primária quando ocorre alguma interferência de alguma patologia, seguindo esta linha de raciocínio nota-se que as condutas voltadas ao atendimento a pessoa idosa não são sistematizadas. (BRETAS, 2003).

Segundo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, (PMAQ, 2013), para um bom resultado na sistematização ao atendimento idoso, é

fundamental que toda equipe multiprofissional estejam comprometidos com a qualidade da assistência prestada que desenvolve ações de promoção, prevenção e recuperação a saúde, um atendimento harmonioso e uma efetivação na comunicação, torna-se fundamental um bom acolhimento a comunidade as famílias de uma forma adequada aos pacientes respeitando suas diferenças sociais e étnicas e limitações para um resultado positivo da assistência prestada.

De acordo com o Ministério da Saúde, (2013), as atividades desenvolvidas pelas ESF dependem do estado de cada paciente, são elaboradas ações sistematizadas objetivando um controle sobre o estado saúde-doença de forma individual, podendo programar métodos de assistência ao indivíduo idoso.



### 3 EPIDEMIOLOGIA

A HA atinge cerca de 1, 2 bilhão de pessoas no mundo, sendo responsável pela principal causa de óbitos nos idosos (DE LA SIERRA, 2011). Esse número de mortalidade pode ser diminuído com uma assistência contínua de forma preventiva, reforçando e fortalecendo e motivando para novos hábitos de vida, diminuindo assim a incidência de mortes desencadeada pela HA.

De acordo com os dados do DATASUS (2009), no ano de 1999, o número de óbitos por região desencadeado pela HA foi de 4.844 na região centro-oeste, no Brasil o total de 83.475 registro.

O número de óbitos por (DCV) vem crescendo de forma gradativa em 2001 foi registrado cerca de 7,6 milhões de mortes atribuídas a elevação da pressão arterial (PA), (BRANDÃO et al., 2010). No Brasil em 2007 houve registro de 308.466 óbitos atribuído a doenças do aparelho respiratório, uma incidência de 1.157.509 de internações por doença cardiovascular (DCV), dois anos depois, em 2009 foi constatada um aumento alarmante para 91.970 casos de internações pela mesma causa (DCV), o custo em Novembro de 2009 com a saúde pública de R\$ 165.461.644,33 (DATASUS,2009). Nesse mesmo ano foi registrada a taxa de mortalidade por mil habitantes com idade de 50 a 64, foi constatada que houve 43.3 óbitos por HA (PROADESS, 2014).

Devido a magnitude das DCNT na descrição do perfil epidemiológico da população brasileira, o Ministério da Saúde em 2006 lançou o Vigitel Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, realizados em todas as capitais Brasileiras.

Segundo Vigitel (2014), a Capital onde se localiza maior número de usuários de tabaco é o estado de Porto Alegre em ambos os sexos, mas há um predomínio do sexo masculino sobre o feminino em relação ao consumo de tabaco. O excesso de peso foram observadas no sexo masculino em Porto Alegre (62,1%), seguido por Macapá (60,8%) e João Pessoa (59,3%) e do sexo feminino em Manaus (52,0%), Cuiabá (51,0%) e Campo Grande (50,9%). Em relação a obesidade de acordo com os dados do Vigitel (2014), os estados e distritos onde as maiores freqüência de obesidade por sexo masculino foi em Macapá (22,8%), Cuiabá (21,9%) e Rio de Janeiro (21,1%) e, no sexo feminino em Cuiabá (22,8%), Campo Grande (20,5%) e Rio de Janeiro (20,3%). Estados e distritos onde se faz maior consumo de

carnes gordurosas foi constatado que em Campo Grande (53,2%), Cuiabá (52,1%) e Belo Horizonte (49,8%) a um consumo alto de carnes com excesso de gordura.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial (SBHA, 2010), a população brasileira abusa no consumo do sódio, de acordo com Vigitel (2014) os sexo com maior frequência de consumo abusivo de sódio foram o sexo masculino nas capitais de Porto Alegre (20,5%), Boa Vista (20,3%) e Florianópolis (19,4%) e, entre sexo feminino, em Curitiba (18,7%), Goiânia (18,2%) e Porto Alegre (17,9%). As capitais que fazem mais consomem de bebidas alcoólicas é Aracaju (34,7%), São Luís (32,6%) e Cuiabá (31,1%) no sexo masculino e, entre mulheres, em Belo Horizonte (14,5%), Salvador (13,9%) e Campo Grande (12,6%).

A frequência com maiores registros de diagnóstico médico de Hipertensão Arterial são do sexo masculino observadas no Rio de Janeiro (25,1%), Maceió (24,0%) e Cuiabá (23,3%) e para as mulheres as maiores frequências. Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Recife (32,3%), Rio de Janeiro (31,8%) e Natal (29,6%), (VIGITEL, 2014).

Os dados do Vigitel (2014), constatou o número de consumidores de tabaco diminuiu por ano, em média de 0,6 ponto percentual por ano, já p excesso de peso e obesidade aumento em média 1,3 ao ano, a adesão de hábitos alimentares saudáveis aumentou em média de 0,6 a 0,8 percentual ao ano.

## **4 FATORES DE RISCO RELACIONADO AO IDOSO HIPERTENSO**

Com o desenvolvimento tecnológico e as industrializações, e as condições desse novo estilo de vida gera mudanças na conduta de hábito de vida saudável. COCA et al., (2010), afirma que tem duas condutas o risco da HA são elas são modificáveis ou não- modificáveis . Consumo em excesso de sal, de bebidas alcoólicas, alimentação inadequada fazendo um alto consumo de alimentos calóricos com baixa qualidade de nutrição, sedentarismo, consumo de cigarro, são condutas modificáveis, contudo a idade, raça, cor, hereditariedade são condutas não modificáveis, (SBHA VI, 2010).

### **4.1 Idade e Gênero**

De acordo com o MS (2006), o processo envelhecer é um processo natural sem agravo a saúde, mas as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tiveram um aumento de 5% na faixa etária de 60 anos, e de 50% na faixa etária de 90 ou mais anos. Veras (1994), afirma quanto maior a idade, maior a chance de agravamento de DCNT. De acordo com o SBHA (2006), a prevalência de HA nos homens era de 26,6% e nas mulheres era de 26,1%, nesse estudo foi afirmado que o gênero não era um fator de risco. Devido as alterações hormonais que ocorrem nas mulheres na pós-menopausa essa incidência mudou, em 2008 foi observado o maior número de hipertensão desencadeada foi no sexo feminino (CARLOS et al., 2008; apud GOMES et al., 2011), isso devido as alterações hormonais e ao ganho de peso. As idosas hipertensas tem maior sobrevida que os homens, devido a busca pela assistência na saúde, sendo mais atentas aos sinais e sintomas demonstradas pelas alterações fisiológicas do seu organismo, buscando a longevidade e a prevenção a futuros agravos. (VERAS, 1994).

### **4.2 Cor e Raça**

Segundo as SBHA VI (2010), a cor negra demonstra um predomínio em excesso sobre as demais cores, sendo assim os indivíduos afro-descendentes tem risco de 130% a mais de desenvolver hipertensão arterial que os brancos. Segundo (Ward, 2005), genético é um fator desencadeador de HA, foi confirmado que os negros têm o risco de duas vezes maior de desencadear a hipertensão que as demais raças ou cor.

Pessoas de etnia negra desencadeia algum defeito hereditário na captação celular de sódio e cálcio, assim como em seu transporte renal, o que pode ser atribuído à presença de um gene economizador de sódio que leva ao influxo celular de sódio e ao fluxo celular de cálcio, facilitando deste modo o aparecimento da HAS, (BARRETO et al, 2012).

### **4.3 Obesidade e Sedentarismo**

O excesso de peso está inter-relacionado a elevação da PA, isso devido ao aumento de massa muscular que sobrecarrega o coração aumentando a demanda sanguínea no organismo e a sobrecarregando a parede dos vasos sanguíneos. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006), a hipertensão esta atribuída ao excesso de peso o ou obesidade 75% dos homens estão acima do peso e desencadeou a HA 65% das mulheres estão incluídas nesse valor de incidência também. De acordo com a estatística do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2005) no mundo a prevalência de adultos acima do peso de 60%, e no Brasil essa prevalência pode chegar a 80% .

Um processo observado nas alterações de envelhecimento são as alterações nutricionais dos indivíduos, ora com excesso de magreza e o aumento descontrolado de peso, relacionados a uma carência nutricional, ficando assim expostos a vários fatores de risco.

Segundo Cunha (2014), a baixa escolaridade dificulta o acesso a alimentação adequada e tendo dificuldade no conhecimento sobre o estilo de vida apropriado para manter a pressão arterial controlada, devido ao baixo salário e o grau instrução na prática do autocuidado, levando o idoso a continuar vivendo no mesmo estilo de vida, causando uma barreira a um estilo de vida saudável para adaptação dessa etapa de envelhecimento.

### **4.4 Ingestão de sal**

Estudos demonstram que a HA esta associada a fatores nutricionais, população brasileira apresenta uma alteração alimentar, deixando de consumir os alimentos saudáveis, para dar prioridade pelos alimentos inadequados, industrializados com alto teor de sódio, a população brasileira apresenta um elevado consumo em alimentos rico em sódio. (SBHA, 2010).

Quanto ao consumo de sódio, é recomendado a utilização de 6 g/sal/dia, isso corresponde a 4 colheres de café rasa, mais a população de forma geral acaba abusando dessa quantidade, o consumo diário de sal da população é de 10g a 12g diário (SACKS, 2001). A alteração na mudança de hábito alimentar e redução de sódio é essencial no controle da PA.

SARNO et al (2013), a redução de sódio está associada a diminuição dos níveis de Pressão Arterial em pacientes hipertensos, e esse consumo depende da renda e etnia de cada indivíduo.

Cabe aos profissionais responsáveis pela assistência nas unidades de atenção primária o incentivo a uma mudança no estilo de vida alimentar do idoso, oferecendo orientações, acampamentos, respeitando as diferenças sociais e proporcionando um envelhecimento saudável (MS, 2010).

#### **4.5 Ingestão de álcool**

Segundo o MS (2010) prevalência de HA esta em indivíduos que fazem ingestão de álcool, de 10% a 30% dos hipertensos fazem consumo de forma eventual ou cotidiano. O consumo descontrolado de etanol pode aumentar a PA.

A ingesta de consumo de bebidas alcoólicas também deve ser reduzido, o ideal é 30g de álcool ao dia, contida em 600 ml de cerveja, 250 mL de vinho e 60 mL de destilados, as pessoa de baixo peso esse valor deve ser reduzido a pessoas de baixo peso ou no sobrepeso, (MACMAHON). A ingestão de duas ou mais doses de álcool ao dia o risco de desenvolver HA é maior, (STIPP et al., 2007).

De acordo com os dados do National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA, 2014), o consumo de etanol faz bem ao coração, diminuindo o risco de doenças cardiovasculares, o indivíduo que faz o consumo de etanol de forma moderada 1-2 drinques por dia para as mulheres e para os homens 4/2, a quantidade resulta uma diminuição de 40% a 60% dos riscos de doenças cardíacas, tendo aumentando sua longevidade. Esse mesmo estudo realizado na China constatou uma diminuição de 20% da mortalidade dos idosos que faziam consumo de bebida de forma moderada, sendo assim constatou que o consumo de etanol feito de forma moderada trás benefício e longevidade, alterações no estilo de vida é fundamental para o resultado satisfatório.

#### **4.6 Tabagismo**

O consumo de tabaco é o principal fator de risco de AVC, segundo a SBHA (2010) , o tabaco é responsável por 8,5% de mortes no mundo, 12,8% por mortes de hipertensos fumantes em todo mundo. O uso do tabaco junto com os medicamentos anti-hipertensivos causa um efeito vasoconstritor, aumentando três vezes o risco de um AVC (SBC, 2007).

#### **4.7 Fatores socioeconômicos**

A HA está da baixa escolaridade em pacientes portadores de HA. O nível socioeconômico é um fator de risco para DCV Matricciani (2013) ressalta que os idosos possuem uma renda salarial caracterizada como baixa ou médio salário e não possuem diploma. Esse nível de desigualdade causa limitações no estilo de vida do idoso, quanto mais pobre menor dificuldade na interação social, mais propício a chance de desencadear uma doença crônica não transmissível.

## 5 PROFILAXIA

O estilo de vida do indivíduo varia de acordo com o estilo cultural ou social da população a população hipertensa se vêem sobre constante risco, sendo alguns, uso de tabaco, consumo inadequado de álcool, alimentação com excesso de sódio, consumo elevado de alimentos industrializados, sedentarismo, obesidade, estresse sendo esses alguns deles. (SACKS, 2001). As modificações e adaptação a um novo estilo de vida é fundamental para o controle de HA são essenciais e diminuição dos fatores de proporcionando assim uma vida saudável (SBHA, 2010).

O controle de HA requer um esforço contínuo, os hipertensos são divididos em três grupos não controlados sendo, os que sabem da sua hipertensão, aqueles que tem consciência mas não trata com medicamentos, aqueles que fazem uso de medicamentos para o controle, mas ainda obter a PA descontrolada (AMY et al 2012). O controle da HA é um desafio para ser atingido tanto para o paciente portador da Hipertensão quanto para os profissionais prestadores de cuidados primários de saúde que se deparam com barreiras para a adaptação a um novo estilo de vida, objetivando um controle da PA (AMY et al., 2012).

## 6 DIAGNÓSTICO

É considerado hipertenso o paciente que resulta uma PA sistólica maior ou igual a 140 mm/Hg, e a diastólica maior ou igual a 90 mm/Hg, Tabela 1, demonstra a classificação da PA de acordo com o valor da pressão arterial sistólica e diastólica.

**Tabela 1** - Classificação da PA sistólica e diastólica

<b>Classificação</b>	<b>PA Sistólica (mmHg)</b>	<b>PA Diastólica (mmHg)</b>
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão no 1	140-159	90-99
Hipertensão no 2	160-179	100-109
Hipertensão no 3	≥ 180	≥110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥ 140	< 90

**Fonte:** Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, (2010).

Na consulta de enfermagem é utilizada as seguintes práticas de assistências, realizando a técnica auscultatória com uso de esfigmomanômetro (aparelho de medida da pressão braquial), que consiste de um manguito inflável conectado a um manômetro de mercúrio ou de mola, o manguito deve respeitar a circunferência do braço, é auscultado sons de Korotkoff com um estetoscópio (AMODEO, LIMA, VAZQUEZ, 1997), para a avaliação da pressão arterial e controle da hipertensão, obtendo as informações de Pressão Arterial (PA) alterada irá solicitar um encaminhamento para o médico onde após uma série de exames como exames de urina, Nível de Glicemia, HDL e Triglicerídios, hemograma, eletrocardiograma, será dado a confirmação do diagnóstico.

No idoso, há dois aspectos importantes que deve ser analisado, maior frequência de hiato auscultatório, ou seja, desaparecimento dos sons na ausculta durante a deflação do manguito, geralmente entre o final da fase I e o início da fase II dos sons de Korotkoff, subestimando o verdadeiro som sistólico e diastólico, já o outro é Pseudo-hipertensão,



caracterizada por nível de pressão arterial falsamente elevado em decorrência do enrijecimento da parede da artéria. Se a artéria for palpável após esse procedimento, sugerindo enrijecimento, o paciente é considerado Osler-positivo, (MS, 2012).

A PA limítrofe é considerada um fator de risco para a HA, é tratado com apenas alterações de estilo de vida e monitoramento da pressão, já a partir do primeiro estágio é dado início a um acompanhamento e monitoramento de 6 a 12 meses com alterações no estilo de vida, caso a PA não normalize é dado início ao tratamento com medicamento, já o paciente que obtiver PA no segundo estágio confirmado o tratamento medicamentoso será de início, junto com orientações sobre o novo estilo vida ( HIPERDIA, 2008).

## **7 TRATAMENTO**

A mudança no estilo de vida é incluído no tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, a aceitação a mudança de vida é um desafio para os profissionais da Unidade, pois devido a faixa etária a uma resistência na aceitação.

### **7.1 Tratamento não medicamentoso**

É um tratamento de uso não farmacológicos é atribuída em hipertensos leve, com orientações sob diminuição de consumo de sódio, e bebida alcoólica, perda de peso se o paciente estiver acima do peso, cessão do consumo de cigarro, prática de atividade física. (BATTAGIN et al, 2010). Caso não haja resultado no tratamento não medicamentoso, os indivíduos com hipertensão serão orientados a realizarem um acompanhamento e monitoramento na unidade, recebendo uma assistência de enfermagem (SAE), (SMELTZER e BAREBR, 2006).

### **7.2 Tratamento medicamentoso**

A utilização dos anti-hipertensivos é um benefício no sentido de reduzir os riscos cardiovasculares e aumentar a expectativa de vida (AMODEO, LIMA, VAZQUEZ, 1997). Caso o tratamento não medicamentoso não estabeleça o valor normal da pressão, dará início ao tratamento medicamentoso com os anti- hipertensivos. Os Agentes anti-hipertensivos que atuam na redução da pressão arterial são disponibilizados pelo ministério da saúde nas redes de atenção básicas para o tratamento a hipertensão, sendo eles mais utilizados: hidroclorotiazida, propanolol, captopril (HiperDia, 2014).

Agentes diuréticos, esse medicamento que diminui o volume de sangue circulante, diminuindo o débito cardíaco, esse diurético causar excreção renal dos eletrólitos e de água, excreção de sódio é eliminado através da urina, diminuindo assim a pressão sistólica, o diurético utilizado no tratamento da hipertensão é a hidroclorotiazida, hipertensos portadores de algum problema renal avançada, o uso terapeuta desse medicamento não é aceita, (CABRAL, 2003).

Os Beta-bloqueadores são inibidores adrenérgicos que diminuem a frequência cardíaca e reduzem a contratilidade do miocárdio, medicamento este prescrito com o nome Propanolol,

já os Inibidores de Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), reduzem a pressão arterial, ao interromper o sistema que induz a dilatação dos vasos sanguíneos arteriais por inibirem a produção de hormônio vasoconstritor angiotensina por parte dos rins (CABRAL, 2003). São responsáveis também pela retenção de sódio e água por parte dos rins, conhecido como os mais comuns o Captopril (MCARDLE, KATCH e KATCH, 2001).

### **7.3 Atividade física**

A prática de algum exercício físico diário na redução da PA, sendo importante a adesão em ambos os tratamentos citados acima. As estratégias na mudança de hábito serão instruídas por um profissional de acordo com cada com estágio da hipertensão e a capacidade metabólica de cada indivíduo, (PESCATELLO et al, 2004).

## **8 OBJETIVOS**

### **8.1 Objetivo Geral**

Identificar o perfil epidemiológico do Idoso Hipertenso cadastrados no SISHIPERDIA, e assistido na assistência primária, no município de Juina, MT.

### **8.2 Objetivo Específico**

- ✓ Caracterizar o perfil sócio-demográficas dos idosos Hipertensos, como, sexo, idade, cor- raça, Grau de Escolaridade, renda percapta, consumo de álcool, consumo de cigarro, prática de atividade física, número de moradores por domicílio, aposentado;
- ✓ Identificar os fatores de risco relacionado ao estilo de vida do Idoso;
- ✓ Identificar a prevalência da hipertensão nos idosos.

## 9 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa Quali/Quantitativa onde os dados coletados foram no período de 10 de Agosto a 18 de Setembro de 2014.

De acordo com o IBGE 2010, a população estimada de Juína é de 39.255, sendo o total de idosos 3.310, 1.869 são do sexo masculino e 1.494 são do sexo feminino.

Segundo os dados lançados no SiS-Hiperdia no mês de Agosto de 2014 o número da população idosa cadastrado no sistema é um total de 3.720 idosos hipertensos, sendo 1.811 do sexo feminino e 1.909 do sexo masculino.

Foi utilizada para a amostra da pesquisa uma percentual composta por 10% da população idosa hipertensa de cada bairro, sendo um total de entrevistados 306, 145 do sexo feminino e 161 do sexo masculino.

Sendo critério de inclusão utilizada para o desenvolvimento da entrevista: ser idoso Hipertenso, cadastrado no SisHiperDia e ser Assistidos pelas Esfs sendo elas divididas em:

- ✓ Central – Unidade Básica de Saúde( UBS).
- ✓ Mod 4- Estratégia da Saúde da Família( ESF), módulo 4.
- ✓ Mod 5- I, Estratégia da Saúde da Família( ESF), módulo 5 equipe I.
- ✓ Mod 5- II, Estratégia da Saúde da Família( ESF), módulo 5 equipe II.
- ✓ Mod 5-III, Estratégia da Saúde da Família( ESF), módulo 5 equipe III.
- ✓ Mod 6, Estratégia da Saúde da Família( ESF), módulo 6.
- ✓ Palmiteira, Estratégia da Saúde da Família( ESF), Palm.
- ✓ Padre Duílio, Estratégia da Saúde da Família( ESF), PadUílio.
- ✓ Rural II. Estratégia da Saúde da Família( ESF),Rurral II.

Foram excluídos da pesquisa o ESF Rural I e os pacientes idosos hipertensos assistidos por eles, devido a difícil acesso ao moradores a ao curto prazo para a pesquisa. Os dados foram coletados por meio de um questionário fechado validado por Gomes et al., (2011), adaptado para a região de Juína. Esse questionário foi aplicado em visitas domiciliares e durante as visitas nas Unidades.

## 9.1 Análise Estatístico

O questionário eram compostos pelas seguintes variáveis: faixa etária, sexo, cor, atividade física, ingestão de álcool, aposentados, hábitos de fumar, número de moradores por domicílio, renda percapta, escolaridade, sendo elas de múltiplas escolhas onde as questões foram matematicamente numeradas com valores crescentes de 1 a 5 em cada questão para quantificação.

As amostras quantificadas foram empregadas no programa Microcal Origin versão 6.0 e as análises no programa SPSS, versão 20.0 análise estatística total dos dados ANOVA e Teste-T foi utilizados para dados em conjuntos para comparação, todas as variáveis foram testadas para a normalidade dos dados e apresentados com média  $\pm$  desvio padrão em suas derivações.

Os dados coletados analisados com  $p \leq 0.05$  foram considerados estatisticamente significantes

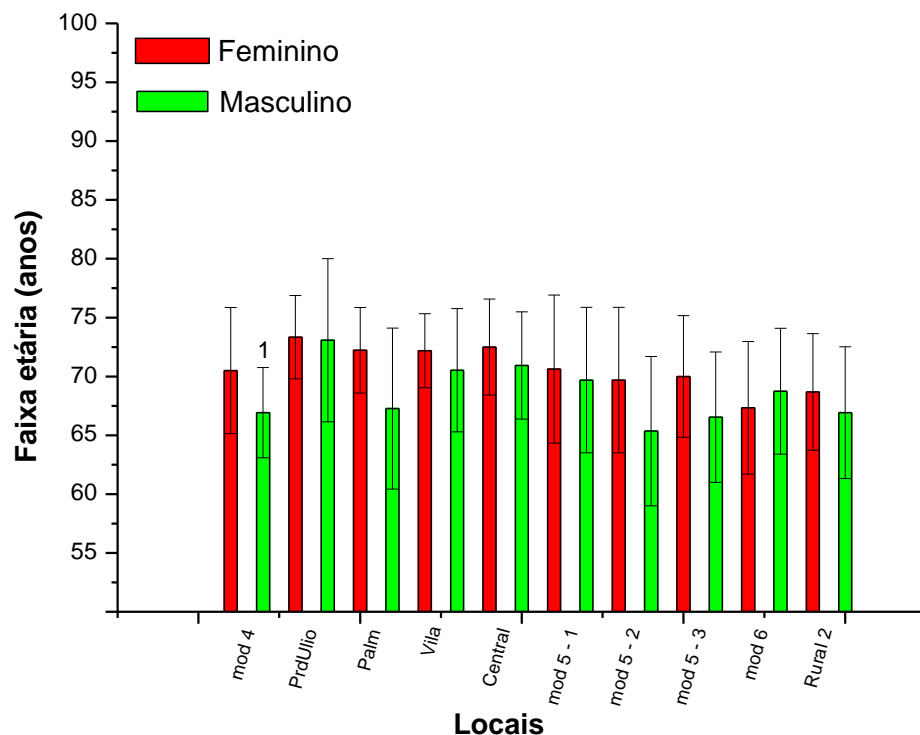
## 9.2 aspectos éticos

Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo os critérios estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que definem as normas de pesquisa envolvendo Seres Humanos. A inclusão dos entrevistados ocorreu voluntariamente e a partir da leitura e explicação e assinatura os dados eram coletados e a integridade os entrevistados foram mantidos em sigilo

## 10 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O resultado de nosso estudo para responder aos objetivos propostos estão apresentados em gráficos para melhor entendimento dos dados.

Na Figura 1 consta a distribuição dos idosos de acordo com bairros, sexo e faixa etária, analisando o gráfico a quantidade de hipertensos nos bairros estudados demonstra um aumento significativo maior das hipertensas femininas sobre os Masculinos, o Bairro módulo 04 teve um aumento no número de hipertensas femininas com faixa etária de 71 a 75 anos em relação aos homens do mesmo bairro com faixa etária de 60 a 70 anos respectivamente.



**Figura 1** - Mostra a faixa etária dos pacientes entrevistados por Bairros e sexo, com média  $\pm$  desvio padrão por grupo. (1) Diferença significativa de  $p \leq 0,05$ , em relação ao grupo masculino.

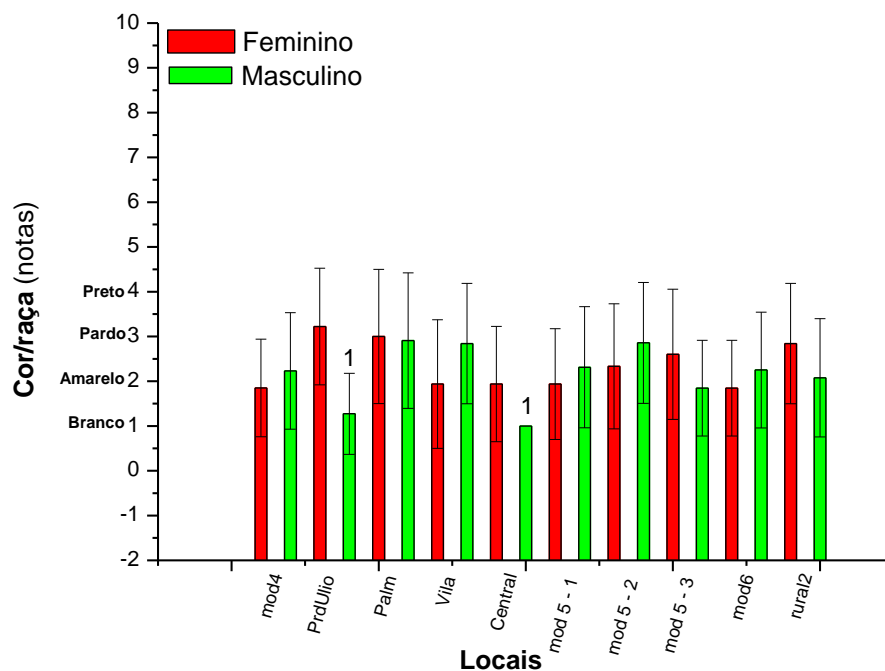
Estudo realizado por Gomes et al., (2011) em Fernandópolis SP, mostra uma maior prevalência de usuários hipertensos com idade entre 61 a 70 anos do sexo feminino sobre os pacientes com idades entre 51 a 60 anos contra o sexo masculino. que em nosso estudo resultou a idade do sexo feminino entre 71 a 75 anos contra 60 a 70 anos do sexo masculino.

Referente a essas análises, pode-se perceber que quanto mais idade se eleva, maior é o risco de aumentar a incidência de hipertensão arterial (VERAS, 1994).

Embora a idade geral dos trabalhos tenha diferença percebemos que o sexo feminino demonstra maior prevalência sobre o sexo masculino, isso devido a as alterações hormonais que ocorre na pós-menopausa (CARLOS et al., 2008; apud GOMES et al., 2011).

Essas alterações e a busca da longevidade fazem com que as mulheres busquem uma assistência a saúde com mais frequência que os homens sendo também que as mesmas são mais atentas aos sinais e sintomas demonstradas pelas alterações fisiológicas do seu organismo, sendo mais preocupada com a saúde que o homem. Veras, (1994), relata que essa busca previne futuros agravos acometidos pela a HA, comprovando que o sexo masculino por não buscar uma assistência primária fica mais vulneráveis a enfermidades graves e crônicas.

O Figura 2 mostra um aumento significativo maior da branca do sexo feminino do Bairro Padre Duílio e Central em relação ao sexo masculino do PadDuílio da cor negra e da cor parda do sexo masculino no bairro central.



**Figura 2** - Mostra a cor dos pacientes entrevistados por Bairros e sexo, com média  $\pm$  desvio padrão por grupo. (1) Diferença significativa de  $p \leq 0,05$ , em relação a cor negra.

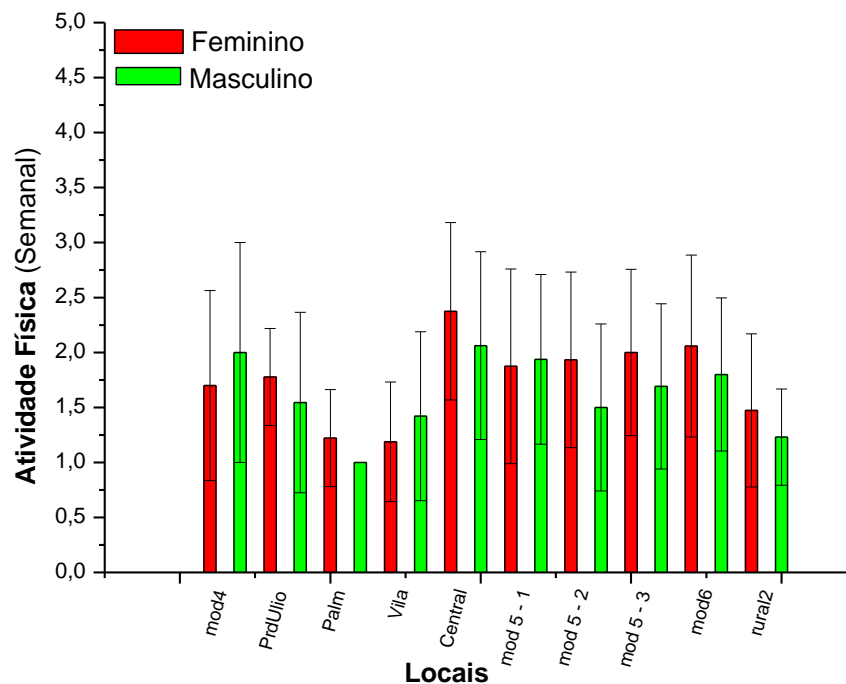


De acordo com um estudo realizado por Costa et al., (2007), na cidade Pelotas no Rio Grande do Sul, o resultado do levantamento dos hipertensos por cor apresentou 25% a mais dos entrevistados eram de cor não-branca predominando sobre as demais categorias.

Comparando com o estudo acima, de acordo com os dados da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DBH) (2010), a cor prevalente a HAS são indivíduos da cor parda ou negra, sendo assim os indivíduos afro-descendentes tem risco de 130% a mais de desenvolver hipertensão arterial que os brancos.

Já em nosso estudo foi observado que a maior prevalência de cor nos hipertensos foi de cor branca para sexo feminino e cor negra e pardo, segundo o resultado do estudo da DBH, (2010), que os brancos estão menos sujeitos a doença.

Foi observado no Gráfico 3 que não houve influência estatisticamente significativa nos resultados, os hipertensos relatam que pratica de algum tipo de atividade física de forma eventual.



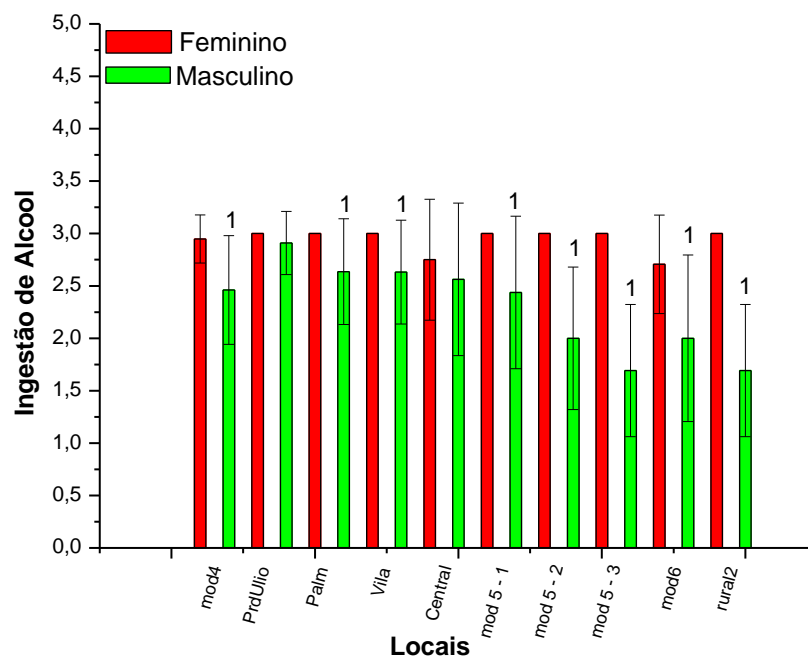
**Figura 3** - Mostra a prática de atividade física dos pacientes entrevistados por Bairros e sexo, com média  $\pm$  desvio padrão por grupo. (1) Diferença significativa de  $p \leq 0,05$ , em relação a prática de atividade física.

Em estudo realizado por Bundche et al., (2010) com 132 hipertensos na cidade de Cruz Alta, RS, demonstrou que 30% dos entrevistados praticam algum tipo de atividade

física, enquanto 70% não praticavam atividade física, comparado com nosso estudo a população estudada realizam atividade física de forma eventual. Já outro estudo feito por Freitas et al., (2012) na cidade de Nova 8, município de Ananindeua Paraná, foi constatado que os idosos entrevistados apenas 14,52% realizavam algum tipo de exercício físico rotineira prevalecendo o sexo feminino sobre o masculino.

Pescatello et al., (2004) em seu estudo de revisão, baseada em Exercício e Hipertensão, resultou que os efeitos de redução da PA com relação a prática do exercício são mais pronunciadas em pessoas com Hipertensão do que as pessoas que não possuem problema de alteração da pressão, concluiu que para indivíduos que tem HA a uma diminuição de cerca de 5-7 mm/Hg após uma sessão de exercício físico como caminhar com frequência todos os dias da semana  $\geq 30$  min de atividade física contínua, o exercício físico diminui a incidência de HA tanto para pacientes pré-hipetensos quanto para paciente o hipertensos fazendo com que melhore a qualidade de vida diminuindo o risco de mortalidade e morbidade, sendo o exercício regular de forma equilibrada para cada indivíduo.

No Gráfico 4 demonstra de ingestão de álcool, um resultado significativo maior nas hipertensas femininas sobre o sexo masculino em todos os bairros, foi constatado que o sexo masculino fazem consumo de álcool que o sexo feminino.

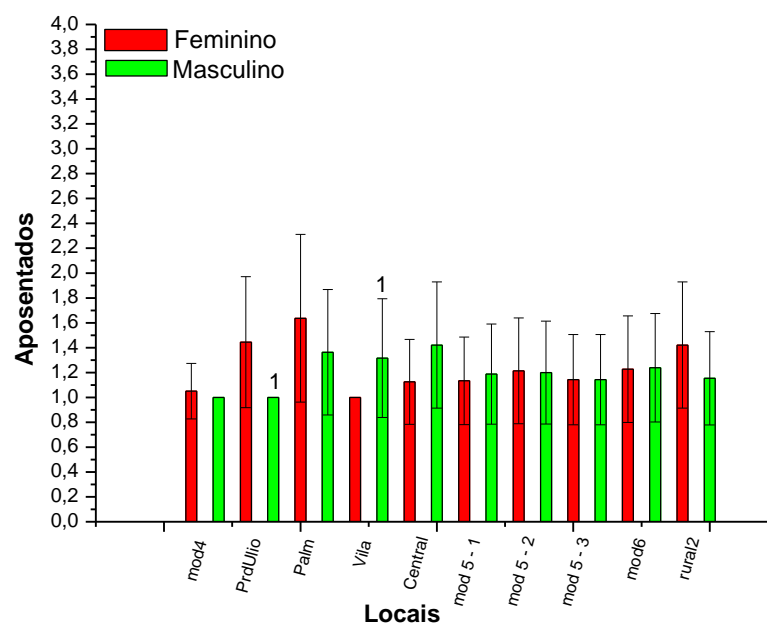


**Figura 4** - Mostra o consumo de Álcool pelos pacientes hipertensos entrevistados por Bairros e sexo, com média  $\pm$  desvio padrão por

grupo. (1) Diferença significativa de  $p \leq 0,05$ , em relação ao consumo de Álcool.

Estudo realizado por Gomes et al., (2011) em Fernandópolis SP, em relação a ingestão de álcool por idosos hipertensos, 85% não utilizam nenhum tipo de bebida alcoólica, 12% bebem esporadicamente. Segundo essa mesma linha de pensamento no estudo realizado por Custódio et al., (2011), em um hospital terciário de Fortaleza CE., sobre o etilismo foi constatado que dos 84 entrevistados 57 relataram beber socialmente ou seja 1 ou 2 vezes na semana uma garrafa de cerveja, enquanto 27 relataram que pararam de fazer o consumo de bebida alcoólica, afirma ainda que o consumo de álcool eleva o nível de PA tanto a aguda quanto a crônica.

No Gráfico 5 esta demonstrado que no Bairro Padre Duílio o sexo feminino é menor significativamente do que o sexo masculino, e no Bairro PadUilio o maior número de aposentados é do sexo feminino sobre o masculino, já na Vila o maior número de hipertensos idosos aposentados é do sexo masculino sobre o feminino.



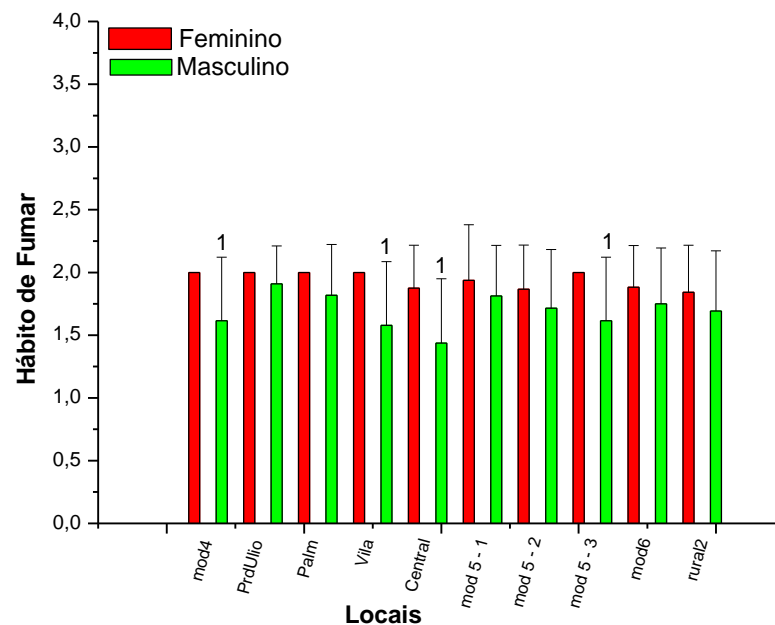
**Figura 5** - Mostra a ocupação dos pacientes entrevistados por Bairros e sexo, com média  $\pm$  desvio padrão por grupo. (1) Diferença significativa de  $p \leq 0,05$ , em relação a aposentadoria.

Uma pesquisa realizada por Meireles (2007), na cidade de Médio Porte na região nordeste do Paraná, separando por sexo, foi constatado que dos 41 idosos aposentados 22

indivíduos (91,70%) eram do sexo masculino, e 19 indivíduos (57,6%) eram do sexo feminino. Já em nosso estudo apenas dois bairros apresentaram a maior aposentadoria de ambos os sexos.

O resultado de um trabalho realizado por Cunha, (2014) na cidade de Coroadinho no RJ, para saber a atividade ocupacional dos idosos hipertensos, apontaram que predominou o numero de aposentados com 39 indivíduos (65%) sobre os não aposentados sendo que 21 indivíduos (34%), esse resultado condiz com a pesquisa realizada em Pernambuco por Paes (2012), que 38% dos idosos hipertensos são aposentados.

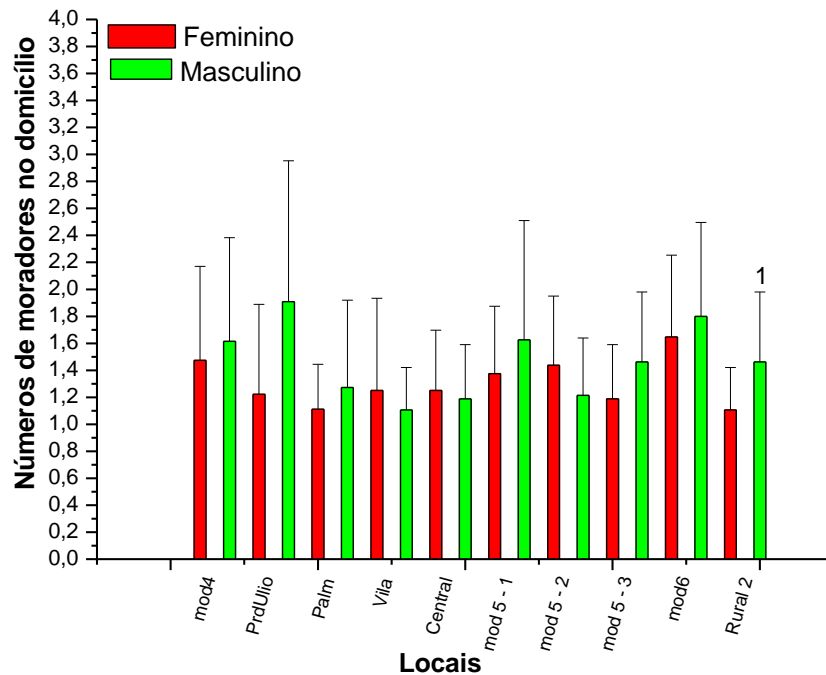
No Gráfico 6 são abordados a utilização de cigarros de tabaco, onde houve uma diferença significativa maior do sexo feminino sobre o masculino em todos os bairros ESFs do Bairro Mod. 4, Vila, Central, Mod 5-3, foi observado que o consumidores de tabaco são do sexo masculino.



**Figura 6** - Mostra o hábito de fumar dos pacientes entrevistados por Bairros e sexo, com média  $\pm$  desvio padrão por grupo. (1) Diferença significativa de  $p \leq 0,05$ , em relação ao hábito de fumar por Bairro e sexo.

Estudo realizado por Custódio et al., (2011) em uma unidade em Fortaleza, CE constatou o predomínio dos fumantes sobre os não fumantes também confirmada pelo estudo realizado por Pereira, (2008), na cidade de Nobres/MT, predomínio dos fumantes 56% sobre os não fumantes 56,1% os 20% para os ex-fumantes.

O Gráfico 7 aborda o número de moradores por domicílio apresentou-se maior significativamente para o grupo masculino da ESF. Rural II em relação ao feminino, onde o número de moradores eram de 3 a 4 por domicílio no masculino, e no sexo feminino de 1 a 2. Observou que a maioria das família são pequenas.



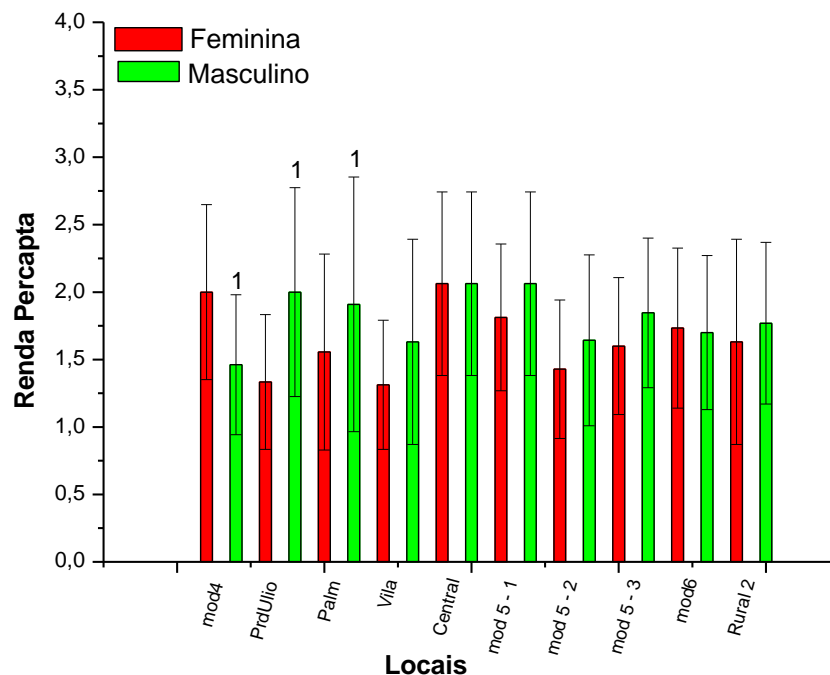
**Figura 7** - Mostra o número de moradores por domicílio dividido por Bairros e sexo, com média  $\pm$  desvio padrão por grupo. (1) Diferença significativa de  $p \leq 0,05$ , em relação ao hábito de fumar por Bairro e sexo.

Meireles (2007), na cidade de Médio Porte na região nordeste Ceara também confirma que o número de pessoa morando com idosos são menores, em seu estudo 47 (82,5%) convivia com duas ou mais pessoas. O resultado de um trabalho realizado por Cunha, (2014) na cidade de Coroadinho no RJ constatou que o número de moradores por domicílio foram de 19 (31,7%), convivem com 1 ou mais pessoas, 22 (36,7%) de 3 a 4 pessoas, e apenas 14 (23,3%) com 5 ou mais pessoas.

Estudo realizado por Custódio et al., (2011) realizado em uma unidade em Fortaleza, CE, observou que o numero de moradores em domicilio era de 19 (31%) convivem com 1 ou 2 pessoas, 22 (36,7%) de 3 a 4 pessoas e apenas 14 (23, 3%) com 5 ou mais pessoas, nesse observou que as família são pequenas.

Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a média da população brasileira por domicílio é de 3 a 4 indivíduos, que concorda com nossos achados para a região de Juína.

A Figura 8-no requisito renda mensal familiar Percapta houve uma diferença significativa maior do sexo masculino sobre o feminino. As mulheres apresentam maior predominância de renda percapt na EFS. Mod 4 em relação aos homens, sendo a renda no valor de 2 a 4 salário mínimo para as mulheres e o sexo masculino com uma renda de um salário mínimo. Já na ESF, Bairro padre Duílio e Palmitera a renda familiar masculino maior significativamente onde corresponde a 2 a 4 salários mínimos sobrepondo sobre 1 salário mínimo do sexo feminino do Bairro Padre Duílio e Palmiteria.

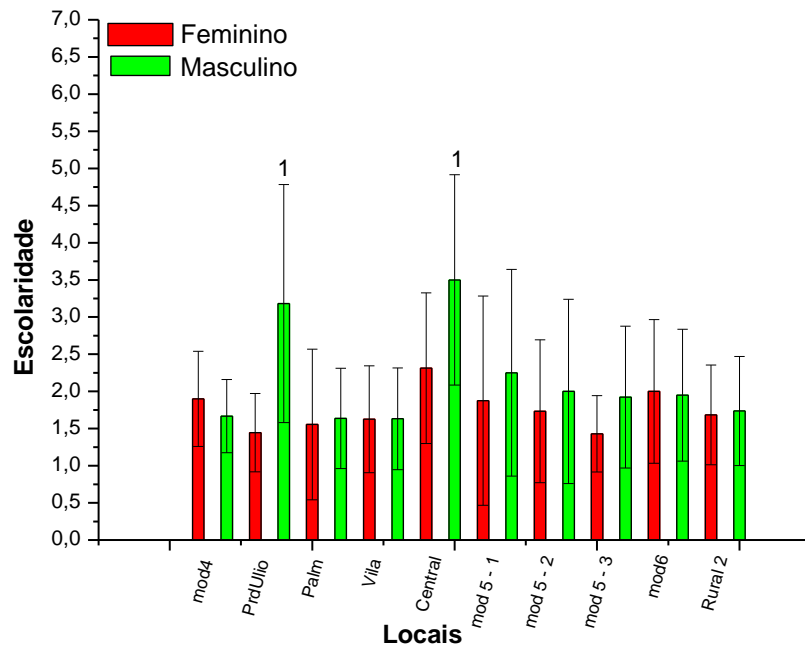


**Figura 8** - Mostra a renda Percapta pelo número de moradores por domicílio dividido por Bairros e sexo, com média  $\pm$  desvio padrão. (1) Diferença significativa de  $p \leq 0,05$ , em relação ao hábito de fumar por Bairro e sexo.

Estudo realizado Cunha, (2014) na cidade de Coroadinho no RJ, resultou nas seguintes resposta 47 ( 78,4%), a renda condizia entre 1, 2, 5 salários, 11 (18,30%) de 2, 5 a 4 salários, 2 (3,3%)  $\geq$  a um salário, nesse estudo não houve nenhuma renda maior que 4 salários mínimo.

Embora poucos estudos demonstrem esse parâmetro, há uma tendência sempre maior demonstrada em nosso estudo para ganhos maiores no sexo masculino em relação ao feminino, o que sugere mais estudo nessa questão.

O gráfico 9 mostra a escolaridade nos bairros onde o grupo Masculino demonstra uma diferença significativamente maior no Grau de escolaridade sobre o sexo feminino, Bairro Padre Duílio, onde o sexo masculino tem escolaridade de 1 Grau incompleto (1 a 8 série) o que sobrepõe o sexo feminino que não tem escolaridade. Já na ESF Bairro Central o sexo masculino também foi maior significativamente com 2 Grau incompleto (1 a 3 ano) em relação ao sexo feminino com 1 grau incompleto (1 a 8 série).



**Figura 9** - Mostra o Grau de escolaridade por Bairros e sexo, com média  $\pm$  desvio padrão. (1) Diferença significativa de  $p \leq 0,05$ , em relação ao hábito de fumar por Bairro e sexo.

Zaitune et al., (2006), em um estudo realizado no Município de Campinas em São Paulo, apontou que os indivíduos com baixa escolaridade tem maior prevalência de desencadear a pressão alta, devido a diferença de classes ficando exposto as dificuldades cotidianas aumentando o nível de stresse e a desigualdade social conseqüentemente o aumento do nível anormal da pressão

Estudo realizado Cunha, (2014) na cidade de Coroadinho no RJ constatou que a Hipertensão Arterial está imposta na baixa escolaridade, onde 11 indivíduos (18,3%) com ensino fundamental, 26 indivíduos (43,3%) com ensino fundamental incompleto, 22 indivíduos (36,7%) são analfabetos e apenas 1 indivíduo (1,7%) com foi constatado com ensino superior completo. Nesse estudo foi constatado que nenhum idoso tem ensino médio, isso causando maior a dificuldade do acesso a alimentação adequada e tendo dificuldade no conhecimento sobre o estilo de vida apropriado para manter a pressão arterial controlada, devido ao baixo salário e o grau instrução na prática do auto-cuidado.

Meireles (2007), na cidade de Médio Porte na região nordeste do Paraná também confirma o resultado de que o baixo nível de escolaridade influencia no acesso ao estilo de vida, dificultando sua capacidade independência, que resultou em seu estudo 8 indivíduos (24,2%) das mulheres que eram alfabetizadas e 7 indivíduos (29,2%) que também condiziam com o mesmo resultado.



## 11 CONCLUSÃO

Ao realizar esta pesquisa foi diagnosticado um aumento progressivo do número de portadores de Hipertensão Arterial na faixa etária entre 71 a 75 anos do sexo feminino nesse mesmo sexo houve um predomínio na cor branca, quanto a pratica de atividade física é realizada de forma eventual entre os idosos de ambos os bairros e sexos.

Dado positivo observado na pesquisa foi que a maioria dos entrevistados não fazem uso de tabaco e nem ingestão de bebidas alcoólicas sendo elas do sexo feminino, em relação a atividade ocupacional foi constatado um equilíbrio dos sexos ontem maior diferença significativa do número de aposentados foi na Unidade de Estratégia da Saúde da Família a Padre Duílio e na Unidade de Estratégia de Saúde da Família Vila Operária, onde o sexo feminino prevaleceu em maior número de aposentadas na Unidade de Estratégia da Saúde da Família Padre Duílio sobre o sexo masculino do mesmo bairro, contudo na Unidade de Estratégia da Saúde da Família do bairro Vila Operária o sexo dos aposentados prevaleceu do sexo masculino sobre o feminino.

Contudo o sexo masculino tem maior nível de escolaridade nas Unidades de Estratégia da Saúde da Família Padre Duílio e Unidade Básica Central, com 1 Grau incompleto e 2 Grau incompleto, em relação ao número de moradores por domicílio resultou que os idosos moram com 3 a 4 e a renda Percapta de 2 a 4 salários mínimos sendo observada nenhuma renda é menor que um ou maior que 4 salários mínimos.

O trabalho resultou dados satisfatório sendo possível conhecer parte da realidade dos idosos hipertensos das Unidades, resultando que o sexo feminino são as que se cuidam e busca mais a assistência primária, diminuindo os riscos de agravos da patologia e objetivando a longevidade.

Com as características dos idosos hipertensos por Unidades e sexos, as mesmas poderão se organizar, para desenvolver estratégias e medidas preventivas com que desenvolva interesse nos idosos para o auto-cuidado no controle da Pressão Arterial Sistêmica, evitando assim agravos, diminuindo e normalizando a prevalência e incidência de Hipertensão Arterial no município de Juína/MT, proporcionando uma aquisição de hábitos saudáveis no processo envelhecer.

## REFERÊNCIAS

AMODEO, Celso. LIMA. Eliudem, Galvão. VAZQUEZ, Elisardo, C. **Departamento de Hipertensão arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. 1ª ed. São Paulo: Savier, 1997.

AMY. L. et al. Vital signs: awareness and treatment of uncontrolled hypertension among adults. United States, 2003–2010. **Centers for Disease Control and Prevention**. CDC, 61. (35). Estados Unidos, p. 703-790, 2012.

BATTAGIN, A. M. et al. Resposta pressórica após exercício resistido de diferentes segmentos corporais em hipertensos. **Arquivo brasileiro de cardiologia**, v. 95, n. 3, p. 405-411, 2010.

BARRETO, N. D. M. et al. Prevalência da hipertensão arterial nos indivíduos de raça negra. *Arq. Bras. Medicina*; 67(6), p. 449-51. 1993 apud NASCIMENTO, Jucian Silva; SARDINHA, Ana Hélia de Lima, PEREIRA, Amanda Namíbia Silva. Risco Cardiovascular em mulheres negras portadoras de Hipertensão arterial em uma comunidade de São Luis-MA. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica*. **Saúde Coletiva**, V. 9, num 56. p. 40-45. São Paulo, 2012.

BRANDAO, Andréa A. et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **J. Bras. Nefrol.** [online], vol.32, suppl.1, pp. 1-4. ISSN 0101-2800, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa** 1 edição. N. 19. Brasília DF., 192p, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Caderno Humaniza SUS. Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção a Saúde, Política Nacional de Humanização**. V .2ª. Brasília DF., 256 p. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações e Estratégias. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus; Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus**. Brasília., 102p, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde** p 120. – Brasília, 2014.

BRETAS, A. C. Cuidadores de idosos e o Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, V. 56, n. 3, p. 298-301, maio/jun. 2003.

BUNDCHEN, Daiana Cristine et al. Ausencia de influencia de la masa corporal en la reducción de la presión arterial después del ejercicio físico. **Arq. Bras. Cardiol.** [online], vol.94, n.5, pp. 678-683. ISSN 0066-782X, 2010.

CABRAL, Ivone. Evangelista. **Farmacologia Clínica. Incrivelmente Fácil.** 1ª ed. Traduzido por Patricia Lydie Voeux., Rio de Janeiro, 2003.

CARLOS, P. R. et al. Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da família. **Arquivo de ciência e saúde**, v. 15, n. 4, p. 176-181, out/dez. 2008.

COCA, L. A, et al. Consumo Alimentar e sua Influencia no Controle da Hipertensão Arteril de Adultos e Idosos de Ambos os Sexos em uma Unidade Básica de Saúde em Dourados –MS. **RBCEH**, Passo Fundo, v.7. n. 2, p. 244-257. 2010.

CONTIGO, Mônica de Fátima. RIBEIRO, Andréia Queiroz. KLEIN, Carlos Henrique. ROZENFELD, Suely. ACURCIO, Francisco de Assis. **Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** v. 28, n.7., p. 1337- 1346. Monografia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2012.

COSTA ,L M. F. Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z. y ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

COSTA, Juvenal Soares Dias da et al. Hypertension prevalence and its associated risk factors in adults: a population-based study in Pelotas. **Arq. Bras. Cardiol.** [online], vol.88, n.1, pp. 59-65. ISSN 0066-782X, 2007.

CUNHA C.L.F et al. Hipertensão arterial em idosos atendidos em uma unidade ambulatorial. **JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care**, v. 5, n. 2 p. 131 -139, 2014.

CUSTÓDIO, I. L. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de uma equipe de enfermagem portadora de hipertensão arterial. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 18-24, jan/fev, 2011.

**DATASUS. Ministério da Saúde.** Acessado em: 13, 14, 22, 23 e 24 Set. 2014.

DE LA SIERRA A, Segura J, Banegas JR, et al. **Clinical features of 8295 patients with resistant hypertension classified on the basis of ambulatory blood pressure monitoring.** *Hypertension*;57(5):898-902, 2011.

FREITAS, Coelho, Ledian, et al. Perfil dos hipertensos de Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. V. 7. N 22, 2012.

GOMES, Mayra Azambuja. CAMPOS, Michelli, Silva, QUEIROZ, Renata Alves Martines. TELLINE, Tamara Ariana. **Análise do Perfil de Pacientes Hipertensos na Rede Pública do Município de Fernandópolis**. Conclusão do Curso de Graduação em Farmácia. Fundação Educacional de Fernandópolis. Faculdades Integradas de Fernandópolis . São Paulo. 55p, 2011.

GOMES, Mayra Azambuja. CAMPOS, Michelli, Silva, QUEIROZ, Renata Alves Martines. TELLINE, Tamara Ariana. **Análise do Perfil de Pacientes Hipertensos na Rede Pública do Município de Fernandópolis**. Conclusão do Curso de Graduação em Farmácia. Fundação Educacional de Fernandópolis. Faculdades Integradas de Fernandópolis . São Paulo, p 55. 2011.

**GONZÁLEZ, Carlos Gafas**. Una mirada a la relación sistémica existente entre las dimensiones del enfoque salubrista y el cuidado biopsicosocial del adulto mayor hipertenso en la comunidad. **Rev Cubana Enfermer versión** , v.26 n.4, p. 170-189. ISSN 1561-2961, 2010.

HIPERDIA. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**, Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2008.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Cidades Juina MT. Rio de Janeiro, 2014.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo demográfico de 2003.

KILLER, Micele. Assistência de Enfermagem a pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista de Enfermagem UNISA**. Santo Amaro., n 5, p 20-4, 2004.

LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. Ed 3. Ver. E ampl. São Paulo, 1991.

LANGE, Celmira; OLIVEIRA, Neuza Bilhalva. Perfil dos pacientes cadastrados no HiperDia a equipe III na Estratégia da Saúde da Família do município de Helvas- RS. **Jornal of Nursing Health. Revista de Enfermagem e Saúde**. Pelotas (RS). N1, P. 91-98. Janeiro e marco 2011.

MAHON,S. Mac. Alcohol Consumption and Hypertension. **Hypertension Journal of the American Heart Association**. N.2, v. 9. P. ISSN 1524-4563. 2014.

MATRICCIANI. A.L, et al. Investigating Individual- and Area-Level Socioeconomic Gradients of Pulse Pressure among Normotensive and Hypertensive Participants. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, vol. 10, pp. 571-589. 2013.

MEIRELES, Viviani Camboin et al. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem . **Saude soc.**, vol.16, n.1, p. 69-80. ISSN 0104-1290. Jan-abr 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Caderno de Saúde Pública**, vol.28, n.2, pp. 208-210, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. HiperDia- Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. **Manual de operação** V. 1.5 M 02. Rio de Janeiro. RJ. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília. DF. 2012.

NIAAA. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Acessado em 04-10-2014. Disponível em: <http://www.niaaa.nih.gov/>

NICOLETTI, Regina Helena Arroio, et al.. Conselho Nacional de Secretaria de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.:CONASS**, 20<sup>a</sup> ed. Vol. 8 232 p. Brasília 2007.

OMS/OPAS - **Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saude. resolução CE122**. R9: 1998. Saúde das pessoas idosas.

PAES, Isabella Martins Barbosa da Silva. **Estilo de vida e o controle da hipertensão arterial em indivíduos assistidos pela estratégia da saúde da família**, em Pernambuco.( dissertação de mestrado).Recife. Centre de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.

PEREIRA, Marcia Regina Gomes.**Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados de Nobres- Mato Grosso**. Estudo de Base Populacional. ,em Nobres( dissertação de mestrado). Cuiabá. Universidade Federal do Mato Grosso Instituto de saúde coletiva 2008.

PESCATELLO LS, Franklin BA, Fagard R, Farquhar WB, Kelley GA, Ray CA. American College of Sports Medicine position stand. **Exercise and hypertension**. *Med Sci Sports Exerc*; 36: 533–553. 2004

**PROADESS**. Disponível em: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/>> Acesso em: 06- Nov. de 2014.

SACKS, Frank M. et al. Effects on Blood Pressure of Reduced Dietary Sodium and the Dietary Approaches to stop Hypertension (Dash) Diet. **The New England Journal of Medicine**. Vol 344. N. 1.2001.

SANTELLO JL. Considerações sobre alguns aspectos do tratamento do hipertenso diabético. **Rev Bras Hipertensão**. vol 9(3): jul/set de 2002.

SARNO, Flávio et al. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2008-2009. **Rev Saúde Pública** 47, p 571-578. 2013.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. vol 377, p 1949-61.: June 4 2011.

SIQUEIRA, Fernando V et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev. Saúde Pública* vol.41, n.5, pp.749-756. 2007, apud MARIN, A. J. S; SANTANA, F. H. S; MORACVICK, M. Y. A. D. The perception of hypertensive elderly patients regarding their health needs. **Rev. Esc. Enfermagem da USP**. Vol. 46, n.1. São Paulo, 2012.

SMELTZER; S.C; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**; 95(1): p. 1-51. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V diretriz brasileira de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 3, p. 24-79, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. **Revista Brasileira de Hipertensão**, n.1. V.95. P 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**. V.7, n 3. p. 83- 177. 2004

STIPP. M. A. C. et al., O consumo do álcool e as doenças cardiovasculares: uma análise sob o olhar da enfermagem. **Esc. Anna Nery [online]**. vol.11, n.4, pp. 581-585. ISSN 1414-8145. 2007.

VERAS RP. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; v. 1, 1994.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Rev. Brazilian Journal of Hipertenson**. v. 17, p. ISSN 1519 – 7522, 2010.

WARD R. Familial aggregation and genetic epidemiology of blood pressure. In: Laragh JH, Brenner BM, et al. **Hypertension: Pathophysiology, Diagnosis and Management**. New York: Raven Press; p.67-88, 1995.

WILLIAM D. McArdle, Frank I. Katch, Victor L Katch. **Fisiologia do Exercício. Energia, Nutrição e Desempenho Humano**. 6 ed. Traduzido por Giuseppe Taranto Rio de Janeiro, 2001.

WHO. World Health Organization. **Noncommunicable diseases country profiles 2011**. Geneva: WHO, 2011.

ZAITUNE, Maria Paula do Amaral et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol.22, n.2, pp. 285-294. ISSN 0102-311X. 2006.

## **Apêndice**



**QUESTIONÁRIO COM VALORES PARA OBTENÇÃO DOS RESULTADOS**

**1. Idade** ( 5 ) 60 á 70 anos ( 4 ) entre 71 á 75 anos  
( 3 ) entre 76 à 85 anos ( 2 ) entre 86 à 90 ( 1 ) entre 91 à 99 anos

**2. Sexo** ( 1 ) M F ( 2 )

**3. Cor/ Raça** ( 1 ) Branco ( 2 ) Amarelo ( 3 ) Parda ( 4 ) Negro

**4-Realiza exercícios físicos?** ( 3 ) Sim ( 1 ) Não ( 2 ) Às vezes

**5- Faz uso de bebidas álcool** ( 1 ) Sim ( 3 ) Não ( 2 ) Às vezes

**6- É fumante?** ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

**7- Aposentadoria** ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

**8- Número de pessoas que moram na residência**

( 1 ) 1-2 ( 2 ) 3-4 ( 3 ) 5-6 ( 4 ) 7-8 ( 5 ) mais de 8

**9-Renda percapta** ( 1 ) Ate 1 SM ( 2 ) De 2 a 4 SM ( 3 ) De 5 a 7 SM ( 4 ) Mais de 8

**10-Escolaridade:** ( 1 ) Sem escolaridade ( 2 ) 1º Grau incompleto

( 3 ) 1º Grau completo ( 4 ) Ensino Médio Incompleto ( 5 ) Ensino Médio Completo

( 6 ) Superior Incompleto ( 7 ) Superior Completo

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

**Exige-se que o esclarecimento dos sujeitos se faça em linguagem acessível e que inclua necessariamente os seguintes aspectos:**

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa na área de Enfermagem **“A assistência de enfermagem prestada ao idoso hipertenso nas Unidades Básicas de Saúde em Juína, MT.”**. Este estudo está sendo conduzido pela graduanda em Bacharelado em Enfermagem da AJES de Juína/MT, Ana Paula dos Santos, portadora do CPF: 743-670-051-00, orientada pelo Prof<sup>o</sup>. Dr. Francisco José Andriotti Prada.

Esta pesquisa tem como objetivo Identificar o perfil dos hipertensos assistidos nas Unidades de atendimentos primários no município de Juína, MT.

Cabe salientar que o acordo com a pesquisa, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo, durante o processo de pesquisa.

Ao assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, o senhor (a) estará também autorizando a pesquisadora a publicar os seus resultados, por meio de veículos impressos, apresentação em eventos acadêmicos ou outros meios de divulgação científica, sem nenhum tipo de ressarcimento, garantindo a sua privacidade em todo o processo.

EU.....Identidade.....  
 .., declaro que fui informado e devidamente esclarecido do projeto de pesquisa intitulado:.....desenvolvido pelo(a)..... do curso.....da AJES, quanto aos itens da resolução 196/96.

Declaro, que após ser esclarecido pelo pesquisador a respeito da pesquisa, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Juína.....de.....2014

Nome:.....

RG:.....Data de nascimento:...../...../.....Sexo M( )

F( )

Endereço:.....nº.....Complemento:.....

.....

Bairro:.....cidade:.....CEP:.....Tel:.....

---

**Assinatura do declarante**

**Declaração do pesquisador**

Declaro, para fins da realização da pesquisa, que cumprirei todas as exigências acima, na qual obtive de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima, qualificado para a realização desta pesquisa.

---

**Assinatura do pesquisador responsável**