

**FACULDADE DE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

GISELE DE SOUSA BORGES

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: O papel do enfermeiro
no acompanhamento do paciente hipertenso na 3ª
idade**

**PATOS DE MINAS
2009**

GISELE DE SOUSA BORGES

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: O papel do enfermeiro
no acompanhamento do paciente hipertenso na 3ª
idade**

Monografia apresentada à Faculdade de Patos de Minas como requisito parcial para conclusão do Curso de Enfermagem.

Orientador: Prof. Paulo Roberto Silva

**PATOS DE MINAS
2009**

616.12-008.331-1 BORGES, Gisele de Sousa
B732 h Hipertensão Arterial: O papel do enfermeiro
no acompanhamento do paciente hipertenso na 3ª
idade / Gisele de Sousa Borges - Orientador: Prof.
Paulo Roberto Silva. Patos de Minas: [s.n.],
2009.

43p.

Monografia de Graduação – Faculdade
Patos de Minas
Curso de Bacharel em Enfermagem

1. Hipertensão arterial 2. Paciente
hipertenso 3. Terceira idade 4. Papel do enfermeiro.

GISELE DE SOUSA BORGES

HIPERTENSÃO ARTERIAL: O papel do enfermeiro no acompanhamento do paciente hipertenso na 3ª idade

Monografia Aprovada em _____ de _____ de _____ pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador :

Orientador: Prof. Esp. Paulo Roberto Silva
Faculdade Patos de Minas

Examinador:

Prof. Ms. Fredston Gonçalves Coimbra
Faculdade Patos de Minas

Examinador:

Prof. Ms. Jean Ezequiel Limongi
Faculdade Patos de Minas

Dedico este trabalho à minha família, principalmente à minha mãe, Maria Rosa Borges de Sousa e meu pai, João Cândido de Sousa, pelo incentivo e credibilidade durante esses 4 anos. Ao meu namorado, Sidnei Ferreira Andrade, pela paciência e compreensão nos momentos de ausência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a DEUS, pela oportunidade e pelo privilégio que me foi dado em compartilhar tamanha experiência e, ao frequentar este curso, perceber e atentar para a relevância de temas que não faziam parte, em profundidade, da minha vida e ainda por permitir a concretização desse sonho.

Aos meus pais, Maria Rosa Borges de Sousa e João Cândido de Sousa, pelo exemplo, amizade e o carinho.

Aos meus irmãos, em especial a Gislei, minha querida irmã e também colega de curso, que sempre acreditou no meu potencial e foi para mim um exemplo de luta e coragem fazendo com que eu perseguisse meu sonho até o final.

Ao meu namorado, por acrescentar razão e beleza aos meus dias. A minha professora Luciana Araújo, pelo auxílio, disponibilidade de tempo sempre com uma simpatia contagiante.

Ao orientador, Prof. Esp. Paulo Roberto, quem me incentivou, orientou sem medir esforços e me mostrou que educar é mais que marcar presença em sala de aula, é também amar o que faz para que aprendamos realmente o sentido de tudo que realizamos.

Aos colegas de classe pela espontaneidade e alegria na troca de informações e materiais numa rara demonstração de amizade e solidariedade.

Às minhas amigas, Mariângela e Nayara pelo fornecimento de material para pesquisa do tema.

E, finalmente, a todos aqueles que de alguma forma doaram um pouco de si para que a conclusão deste trabalho se tornasse possível.

Dificuldades e obstáculos são fontes valiosas de saúde e força para qualquer sociedade.

Albert Einstein

RESUMO

A hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm/Hg de pressão sistólica e 90 mm/Hg de diastólica em pelo menos duas aferições subsequentes obtidas em dias diferentes ou em condições de repouso e ambiente tranquilo. Diagnosticar a hipertensão arterial não é tarefa fácil, pois geralmente, ela manifesta-se silenciosamente, ou seja, sem apresentar nenhum sintoma o que pode torná-la fatal, principalmente quando a paciente encontra-se na 3ª idade. O enfermeiro, enquanto integrante da Equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), desenvolve importante papel no acompanhamento do paciente da 3ª idade com hipertensão. O objetivo deste estudo foi apontar o papel do enfermeiro no acompanhamento do paciente hipertenso. Para a construção do objetivo proposto foi desenvolvida uma pesquisa descritiva qualitativa, com base em revisão literária. Estudou-se no presente trabalho a hipertensão arterial na terceira idade e o papel do enfermeiro no acompanhamento do idoso hipertenso. Diante do estudo conclui-se que o tratamento da hipertensão deve ser considerado mais do que tomar remédios, deve-se estabelecer mudanças no estilo de vida do idoso, através da conscientização pela educação, tanto do paciente como de seus familiares, buscando a modificação dos hábitos de vida no aspecto fisiológicos e psicológicos e, se necessário, na aplicação de medicamentos, visando controle dos níveis pressóricos, contribuindo, assim, para uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Paciente hipertenso. Terceira idade. Papel do enfermeiro.

ABSTRACT

Hypertension is a clinical syndrome characterized by elevated blood pressure levels equal to or greater than 140 mm Hg systolic and 90 mm / Hg diastolic on at least two subsequent measurements obtained on different days or in conditions of home and environment quiet. Diagnosing hypertension is not an easy task as it usually manifests itself silently, in other words, without showing any symptoms which can make it deadly, especially when the patient is on the 3rd age. The nurse, as a member of Team Program of Family Health, has an important role in monitoring the elderly patients with hypertension. The objective of this study was to identify the role of nurses in the monitoring of hypertensive patients. For the construction of the proposed objective, we developed a qualitative descriptive study, based on literature review. Was studied in the present study hypertension in the elderly and the role of nurses in the monitoring of the elderly hypertensive. Before the study concluded that treatment of hypertension should be considered more than taking drugs, should be established changes in lifestyle of the elderly by raising awareness through education of both the patient and their relatives, seeking modification of lifestyle in physiological and psychological aspect and, if necessary, in applying medicines, aimed at controlling blood pressure levels, thus contributing to a better quality of life.

Keywords: Hypertension. Hypertensive patients. Elderly. Role of the nurse.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial pessoa maior de 18 anos	17
Quadro 2 - Fatores de Risco da Hipertensão Arterial.....	20
Quadro 3 - Decisão terapêutica da HA segundo o risco cardiovascular	22
Quadro 4 - Modificações do estilo de vida no controle da pressão arterial (adaptado do JNC VII)*	23

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	-	Acidente vascular encefálico
DAC	-	Doença Arterial Coronária
DCV	-	Doença Cerebrovascular
ECG	-	Eletrocardiograma
ECO	-	Ecocardiografia
ESF	-	Equipe de Saúde da Família
HA	-	Hipertensão Arterial
HAS	-	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	-	<i>High Density</i>
HVE	-	Hipertrofia Ventricular Esquerda
MRFIT	-	<i>Multiple Risk Factor Intervention Trial</i>
PAD	-	Pressão Arterial Diastólica,
PAS	-	Pressão Arterial Sistólica
PP	-	Pressão de Pulso
PSF	-	Programa de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 HIPERTENSÃO ARTERIAL	14
1.1 Conceito	14
1.2 A Aferição da Pressão Arterial	15
1.3 Classificação da Pressão Arterial	17
1.4 Fatores de Riscos	18
1.5 Tratamento	20
1.5.1 Prevenção Primária	21
1.5.2 Tratamento farmacológico e tratamento não-farmacológico	22
1.5.3 Adesão dos pacientes hipertensos aos tratamentos – dificuldades apresentadas.....	24
2 HIPERTENSÃO ARTERIAL NA TERCEIRA IDADE	26
2.1 Hipertensão Arterial x Idade	26
2.2 O Envelhecimento Populacional e o Idoso.....	27
2.3 Envelhecimento Patológico	28
2.4 Hipertensão Arterial no Idoso.....	29
3 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE HIPERTENSO NA TERCEIRA IDADE	33
3.1 Equipe Multidisciplinar de Saúde.....	33
3.2 O Papel do Enfermeiro no Controle da Hipertensão Arterial.....	34
3.3 Conscientização do Idoso Hipertenso.....	37
CONCLUSÕES	40
REFERÊNCIAS.....	42

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm/Hg de pressão sistólica e 90 mm/Hg de diastólica em pelo menos duas aferições subseqüentes obtidas em dias diferentes ou em condições de repouso e ambiente tranqüilo.

Conforme Serrano Junior, Timerman e Stefanini (2009), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa grande problema de saúde no país, não só pela elevada prevalência-cerca de 20% da população adulta-como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticada, ou não tratada de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento.

Diagnosticar a hipertensão arterial não é tarefa fácil, pois geralmente, ela manifesta-se silenciosamente, ou seja, sem apresentar nenhum sintoma o que pode torná-la fatal, principalmente quando a paciente encontra-se na 3ª idade.

Nesse contexto, surge à problemática do presente estudo no sentido de saber qual é o papel do enfermeiro no acompanhamento do paciente hipertenso de 3ª idade, visto que o mesmo, enquanto integrante da Equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), desenvolve importante papel no acompanhamento do paciente da 3ª idade com hipertensão. Ao considerar o alto percentual dessa clientela na população brasileira, é inegável a importância da participação dos enfermeiros no acompanhamento dos portadores de HAS, favorecendo o controle da doença e prevenindo complicações.

Ademais, sabe-se que no controle da HAS, o enfermeiro tem papel decisivo, pois ele como integrante da Equipe de Saúde da Família (ESF) realiza consulta de enfermagem e administra o controle de retorno do portador, através da busca ativa dos faltosos e controle das consultas agendadas.

O presente trabalho se justifica por demonstrar que o enfermeiro desenvolve importante papel no acompanhamento do paciente com hipertensão na 3ª idade, pois este profissional além de atuar como educador em saúde, no trabalho com grupos de pessoas hipertensas, seus familiares e com a comunidade, ele realiza a

consulta de enfermagem o que possibilita um contato direto com o paciente, dessa forma facilita o contato enfermeiro X paciente.

Desse modo, o objetivo deste estudo estruturou-se em defender que devido o alto percentual da clientela hipertensa na população brasileira na 3ª idade, é essencial a participação do enfermeiro no acompanhamento do portador de HAS, favorecendo o controle da doença e prevenindo complicações.

Para a construção do objetivo proposto foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica/webbibliográfica, com caráter descritivo e qualitativo, através de consultas em livros, artigos, revistas e sites. Diante da pesquisa e a partir da leitura e análise do material selecionado é que será possível elaborar, ao final, as considerações finais.

O estudo está estruturado em três capítulos. No primeiro capítulo estudou-se a hipertensão arterial, escreveu-se acerca de seu conceito, aferição da pressão arterial, classificação da pressão arterial, fatores de riscos, tratamento, sendo que este pode ser desenvolvido de três formas distintas, quais sejam, prevenção primária, tratamento farmacológico e tratamento não-farmacológico, estudou-se, também, as dificuldades apresentadas na adesão dos pacientes hipertensos aos tratamentos.

No segundo capítulo foram tecidos comentários acerca da hipertensão arterial na terceira idade, sendo que se estudou a relação existente entre a hipertensão arterial e a idade, o envelhecimento populacional e o idoso, o envelhecimento patológico e a hipertensão arterial no idoso.

O terceiro capítulo foi estudado o papel do enfermeiro no acompanhamento do paciente hipertenso na terceira idade, para a construção desse capítulo tratou-se da equipe multidisciplinar de saúde, do papel do enfermeiro no controle da hipertensão arterial e da conscientização do idoso hipertenso.

Assim, espera-se com esse estudo disponibilizar material para futuras pesquisas, bem como uma forma de endossar estudos sobre a importância da figura do enfermeiro na equipe da saúde de família.

1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial apresentou um aumento significativo nas últimas décadas, pois quando não tratada adequadamente, a hipertensão arterial pode acarretar graves consequências a alguns órgãos alvos vitais. Sendo responsável por um grande número de óbitos em todo o país, assim ela tem sido considerada um dos mais graves problemas de saúde pública (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Nesse contexto, a cardiopatia hipertensa é responsável pela elevada morbidade e mortalidade cardiovascular, aposentadoria precoce e absenteísmo no trabalho, que resultam em um alto custo social (GIANNINI; FORTI, DIAMENT, 2006).

Estima-se que aproximadamente 20% da população adulta jovem e mais da metade dos idosos no mundo possuem hipertensão arterial. Sua prevalência varia conforme os grupos étnicos e sociais. Calcula-se que em 2025, 7% da população brasileira será de idosos hipertensos, o que significa 16 milhões de pessoas com mais de 60 anos com pressão alta (MONTEIRO et al, 2005).

Ainda segundo, a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) a hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades.

Assim, para melhor compreensão do papel do enfermeiro no acompanhamento do paciente hipertenso na 3ª idade, é necessário tecer algumas considerações sobre a hipertensão arterial (HA), apresentar seu conceito, classificação, fatores de risco e tratamento.

1.1 Conceito

A Hipertensão Arterial (HA) é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90

mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. (CAMPOS; JACOB; MENDONÇA, 2007). É considerada uma doença de grande magnitude em termos econômicos, sociais e de qualidade de vida (LOPES et al., 2008).

Segundo o Ministério da Saúde:

Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Deve-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global, estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas (BRASIL, 2007, p. 71).

Souza e Mozachi (2006), esclarecem que a pressão máxima ou sistólica é exercida pelo batimento cardíaco no momento em que o ventrículo esquerdo ejeta o sangue através da artéria aorta. O termo sistólica refere-se à sístole que é a fase de contração do ventrículo esquerdo seguido da ejeção de um volume de sangue (débito cardíaco). Já a pressão mínima ou diastólica é a pressão que está continuamente presente nas artérias, na fase de relaxamento (diástole) e enchimento do ventrículo esquerdo.

A Linha Guia de Atenção ao Adulto: Hipertensão e Diabetes, ressalta que “Trata-se de uma patologia de início silencioso com repercussões clínicas importantes para os sistemas cardiovascular e renovascular, acompanhada freqüentemente de co-morbidades de grande impacto para os indicadores de saúde da população.” (MINAS GERAIS, 2006a, p. 25).

Ainda, de acordo com a Associação Paulista de Medicina (1993) na maioria dos casos, a pessoa com pressão alta não apresenta sintomas, sendo a doença diagnosticada por acaso, em exames médicos de rotina ou devido ao aparecimento de complicações.

1.2 A Aferição da Pressão Arterial

Na prática clínica, o diagnóstico da hipertensão arterial é realizado através

da medida indireta da pressão arterial, empregando esfigmomanômetro e técnica auscultatória com estetoscópio. É importante destacar que a monitorização ambulatorial da pressão arterial é um método auxiliar útil em hipertensão, mas não está indicada no diagnóstico de rotina da hipertensão arterial (MION JR; PIERIN; GUIMARÃES, 2001).

Contudo, segundo a Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais – SES-MG, a técnica para a aferição da pressão arterial, deverá seguir os passos apresentados a seguir:

Medir a circunferência do braço do paciente; Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4^o- espaço intercostal) apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido; Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço; Colocar o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital, cerca de um dedo; Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial; Estimar o nível da pressão sistólica (palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto antes da medida); Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva; Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg do nível estimado da pressão sistólica; Proceder a deflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mmHg por segundo); Determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é um som fraco seguido de batidas regulares, e, após aumentar ligeiramente a velocidade de deflação; Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff); Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa; Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero; Esperar 1 a 2 minutos antes de novas medidas; Informar os valores de pressão obtidos para o paciente e; Anotar os valores e o membro em que foi aferida a medida (MINAS GERAIS, 2006).

Ressalta-se que, em idosos “Pode ocorrer maior frequência do hiato auscultatório, que consiste do desaparecimento dos sons na ausculta durante a deflação do manguito no braço até o desaparecimento do pulso radial.” (MINAS GERAIS, 2006a, p. 23).

No que diz respeito aos critérios para aferição da pressão arterial, embora o paciente possa estar deitado ou em pé, a posição sentada é a mais adequada. O profissional pode comparar as leituras nas posições sentadas e em pé para determinar a ocorrência de alterações. A pressão deve ser sempre verificada antes da administração dos medicamentos anti-hipertensivos. Durante a avaliação inicial de um paciente, o profissional deve medir a pressão sanguínea em ambos os braços. Existe, normalmente, uma diferença de 5 a 10 mmHg entre eles. Em

avaliações subsequentes, a pressão arterial de ser medida no braço com o resultado mais alto. É importante também, a ausência de exercícios físicos há 60-90 minutos e o repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo antes da aferição da pressão arterial. A bexiga não deve estar cheia e o paciente não deve ter ingerido bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não ter fumado até 30 minutos antes (POTTER; PERRY, 2002).

Além do mais, devem ser removidas roupas do braço no qual será colocado o manguito e solicitado ao paciente que mantenha pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira, relaxado e silêncio durante a medida.

1.3 Classificação da Pressão Arterial

É importante ressaltar que os valores de pressão arterial não são fixos, eles podem variar de acordo com o horário (dia ou noite) e em diferentes circunstâncias pode ser menor durante o sono ou quando a pessoa está deitada e maior, por exemplo, durante emoções e exercícios. Também pode-se encontrar valores diferentes de pressão, quando essa for verificada nos dois braços (SOUZA; MOZACHI, 2006).

Pode-se classificar a pressão arterial conforme a tabela 1:

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial pessoa maior de 18 anos

CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL (> 18 ANOS)		
Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
HIPERTENSÃO		
Estágio 1 (leve)	140-159	90-99
Estágio 2 (moderada)	160	100
Estágio 3 (grave)	≥ 180	≥ 110
Sistólica Isolada	≥ 140	≥ 90

O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.

Fonte: MINAS GERAIS, 2006a, p. 26

O diagnóstico de hipertensão arterial é um ato médico que, baseado num procedimento relativamente simples, a medida da pressão arterial, envolve a grande responsabilidade de decidir se um paciente é normotenso ou hipertenso. As consequências de um diagnóstico errôneo são desastrosas. O diagnóstico de normotensão, num hipertenso, irá privá-lo dos benefícios do tratamento, ao passo que o de hipertensão, num normotenso, irá submetê-lo aos malefícios do tratamento desnecessário. Ele é baseado na anamnese, exame físico e exames complementares que auxiliam na realização do diagnóstico da doença propriamente dita, sua etiologia, grau de comprometimento de órgãos-alvo e na identificação dos fatores de risco cardiovascular associados (MION JR; PIERIN; GUIMARÃES, 2001).

1.4 Fatores de Riscos

A hipertensão arterial é multicausal e multifatorial, não acarreta, na maioria das vezes, qualquer sintoma aos portadores. Atualmente, acredita-se que a HAS é resultante da interação entre fatores genéticos e ambientais que afetam o débito cardíaco e/ou a resistência periférica. Ocorre hipertensão arterial quando surgem alterações que modificam a relação entre o volume sanguíneo e a resistência periférica total (RAMZI et al., 2000).

Ademais, a hipertensão arterial ocasiona transformações expressivas na vida do paciente tanto no setor psicológico, como no familiar, social e econômico, sendo que, “As mudanças que ocorrem, provocam rupturas no modo de viver, exigindo dos indivíduos modificações em seus hábitos diários, nos papéis que desempenhavam, enfim mudanças que exigem uma nova reestruturação em suas vidas.” (LOPES et al., 2008, p. 199).

O envelhecimento aumenta o risco do desenvolvimento da hipertensão em ambos os sexos. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão arterial mais elevadas para homens a partir dos 50 anos e para mulheres a partir dos 60 anos. (MINAS GERAIS, 2006a).

Muitos são os fatores que podem predispor a hipertensão arterial, entre eles estão a predisposição genética, alimentação errônea, estresse, sedentarismo e o aumento da longevidade da população brasileira.

Entretanto, segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) os fatores de risco da HAS são idade, sexo e etnia, fatores socioeconômicos, sal, obesidade, álcool, sedentarismo. Ademais, destaca ainda que a doença é responsável por 40% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE) e 25% das mortes por doença arterial coronariana.

A hipertensão arterial tem maior frequência em indivíduos de grupos etários mais avançados, o que pode apontar uma forma de seleção da população mais idosa. (LOLIO et al., 1993).

Além do mais, pesquisas indicam que o sexo e a cor possuem relação com a incidência da HAS. O sexo masculino é o mais atingido pela hipertensão arterial, contudo, mudanças nos hábitos femininos têm feito com que os índices de casos de hipertensão neste gênero aumentem consideravelmente nas últimas décadas, sendo que o maior índice ocorre após a menopausa. Os negros são os mais atingidos pela hipertensão (LOPES et al., 2008).

As V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006, p. 31) sobre esse assunto afirma que:

Sexo e etnia: A prevalência global de hipertensão entre homens (26,6%; IC 95% 26,0-27,2%) e mulheres (26,1%; IC 95% 25,5-26,6%) insinua que sexo não é um fator de risco para hipertensão. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década¹¹. Hipertensão é mais prevalente em mulheres afrodescendentes com excesso de risco de hipertensão de até 130% em relação às mulheres brancas.

A obesidade também possui relação direta com a Hipertensão Arterial, sendo os pacientes com peso excedente ao ideal, relacionado à altura, os com maior incidência. Aponta-se ainda que, pacientes de baixa renda e de ocupação manual também representa parcela significativa da população de hipertensos (LOLIO et al., 1993).

A tabela 2 demonstra de forma resumida todo o estudado acerca dos fatores de Risco da Hipertensão Arterial, sendo estes a Idade, sexo, etnia, fatores socioeconômicos, sal, obesidade, álcool, sedentarismo.

Quadro 2 - Fatores de Risco da Hipertensão Arterial

Fatores de Risco	Comentários
Idade	A pressão arterial aumenta linearmente com a idade. Em indivíduos jovens, a hipertensão decorre mais frequentemente apenas da elevação na pressão diastólica, enquanto a partir da sexta década o principal componente é a elevação da pressão sistólica. O risco relativo de desenvolver doença cardiovascular associado ao aumento da pressão arterial não diminui com o avanço da idade e o risco absoluto aumenta marcadamente.
Sexo e Etnia	Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década. Hipertensão é mais prevalente em mulheres afro-descendentes com excesso de risco de hipertensão de até 130% em relação às mulheres brancas.
Fatores Socioeconômicos	Nível socioeconômico mais baixo está associado a maior prevalência de hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial, além de maior risco de lesão em órgãos-alvo e eventos cardiovasculares.
Sal	O excesso de consumo de sódio contribui para a ocorrência de hipertensão arterial. A relação entre aumento da pressão arterial e avanço da idade é maior em populações com alta ingestão de sal.
Obesidade	O excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial; 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade. A perda de peso acarreta redução da pressão arterial
Álcool	O consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial. O efeito varia com o gênero, e a magnitude está associada à quantidade de etanol e à frequência de ingestão.
Sedentarismo	O sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos.

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006, p. 6

A presença de fatores de risco cardiovascular ocorre mais comumente na forma combinada. Além da predisposição genética, fatores ambientais podem contribuir para uma agregação de fatores de risco cardiovascular em famílias com estilo de vida pouco saudável. Assim, quando duas ou mais variáveis comparecerem simultaneamente em um único paciente, os riscos terão efeito multiplicativo no risco final para o desenvolvimento de hipertensão (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006; LOLIO et al. 1993).

1.5 Tratamento

O tratamento da Hipertensão Arterial tem como objetivo manter a pressão

arterial em níveis menores que 140/90 mm /Hg. Ressalta-se que, somente, 27% dos idosos acima de 60 anos possuem um controle pressórico adequado (MINAS GERAIS, 2006b).

Como formas de tratamento da HAS, destacam-se a prevenção, o tratamento farmacológico e tratamento não-farmacológico, os quais apresentar-se-á abaixo:

1.5.1 Prevenção Primária

Medidas para a prevenção primária envolvem modificações no estilo de vida e controle de outros fatores de risco cardiovascular. A prevenção secundária, dá-se através de recursos terapêuticos comprovadamente eficazes e estratégias de seguimento dos pacientes de maneira eficiente, devem ser implementadas, conta com a colaboração de equipes multiprofissionais visa à educação e conscientização da população.

A linha guia de atenção ao adulto: hipertensão e diabetes de Minas Gerais destaca como os principais objetivos do tratamento da Hipertensão Arterial são melhora da qualidade de vida, prevenção de complicações agudas e crônicas relacionadas direta ou indiretamente com a HAS, tratamento das doenças concomitantes e redução da mortalidade (MINAS GERAIS, 2006a).

As V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) recomendam, que os portadores de hipertensão arterial controlada, reduzam o consumo diário de sal para seis gramas e que os portadores de hipertensão grave, reduzam esse consumo para duas gramas. Assim, tem-se que uma das primeiras recomendações a serem oferecidas ao portador de hipertensão e sua família é a redução do consumo de sal. Recomendam, ainda, a adoção de hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividade física e o abandono do tabagismo.

Portanto, as pessoas podem reduzir a pressão arterial e diminuir o risco cardiovascular através da prática de hábitos de vida saudável, devem para isso, adotarem hábitos alimentares adequados, evitar ingerir sal em quantidades excessivas, aumentar o consumo de vegetais, abandonarem o sedentarismo, controlar o peso para não chegarem à obesidade e não consumir álcool de forma

exagerada. Nesse contexto a prevenção é um dos meios mais eficazes e deve ser instituída, independentemente da idade, sexo ou cor do paciente.

1.5.2 Tratamento farmacológico e tratamento não-farmacológico

É o entendimento de toda comunidade médica brasileira, que paciente hipertenso deve efetuar o tratamento quando os níveis de pressão arterial são iguais ou superiores a 140/90 mm Hg (MION JR; PIERIN; GUIMARÃES, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde:

O objetivo primordial do tratamento da Hipertensão Arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular da pessoa hipertensa, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. São utilizadas tanto medidas não-farmacológicas isoladas como associadas à fármacos anti-hipertensivos. Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (BRASIL, 2007, p. 74-75).

A tabela a seguir aponta a estratégia de tratamento da hipertensão arterial mais provável de acordo com a estratificação do risco cardiovascular.

Quadro 3 - Decisão terapêutica da HA segundo o risco cardiovascular

Categoria de risco	Estratégia
Sem risco adicional	Tratamento não-medicamentoso isolado
Risco adicional baixo	Tratamento não-medicamentoso isolado por até 6 meses. Se não atingir a meta, associar tratamento medicamentoso
Risco adicional médio	Tratamento não-medicamentoso + medicamentoso
Risco adicional alto	Tratamento não-medicamentoso + medicamentoso
Risco adicional muito alto	Tratamento não-medicamentoso + medicamentoso

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006, p. 17

Assim, hipertensos leves, com diastólica entre 90-99 e sistólica entre 140-159 mm Hg, recomenda-se o tratamento não-farmacológico isolado durante 12 meses para pacientes da categoria sem risco adicional, ou seja, que não apresentam fatores de risco e nem lesões de órgão alvo e durante 6 meses para pacientes da categoria de risco adicional baixo, que apresentam fatores de risco,

exceto diabetes melito, mas não apresentam lesões de órgãos-alvo. Caso não haja controle ao final deste período, deve ser associado tratamento farmacológico. Para pacientes das categorias risco adicional médio, risco adicional alto e risco adicional muito alto, que apresentam lesões de órgão alvo ou doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou diabetes melito, é recomendado tratamento farmacológico imediato, além do não-farmacológico.

Contudo, ressalta-se que a adoção de um estilo saudável de vida é fundamental no tratamento de hipertensos, particularmente quando há síndrome metabólica. A tabela a seguir apresenta as modificações do estilo de vida no controle da pressão arterial.

Quadro 4 - Modificações do estilo de vida no controle da pressão arterial (adaptado do JNC VII)*

Modificação	Recomendação	Redução aproximada na PAS**
Controle de peso	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m ²)	5 a 20 mmHg para cada 10 kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais de 100 mmol/dia = 2,4 g de sódio (6 g de sal/dia = 4 colheres de café rasas de sal = 4 g + 2 g de sal próprio dos alimentos)	2 a 8 mmHg
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo a 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para mulheres	2 a 4 mmHg
Exercício físico	Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 a 5 vezes/semana	4 a 9 mmHg
* Associar abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular.		
** Pode haver efeito aditivo para algumas das medidas adotadas.		

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006, p. 20

Destaca-se que o objetivo principal do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, o tratamento farmacológico, por sua vez, é recomendado inicialmente para hipertensos leves, um dos medicamentos pertencente a uma das 5 classes de anti-hipertensivos, quais sejam: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, antagonistas do sistema renina-angiotensina e bloqueadores dos canais de cálcio. (BRASIL, 2006).

Cada um desses tratamentos possui efeitos colaterais, em relação ao tratamento farmacológico os efeitos indesejáveis dos medicamentos e o seu custo têm sido apontados como elementos importantes (MION JR; PIERIN; GUIMARÃES, 2001). Além do mais, tais efeitos colaterais representam uma das principais causas de abandono dessa espécie de tratamento (ANDRADE et al., 2002).

Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006, p 23) os princípios gerais do tratamento farmacológico está em “[...] explicar, detalhadamente, aos pacientes a ocorrência de possíveis efeitos adversos, a possibilidade de eventuais modificações na terapêutica instituída e o tempo necessário para que o efeito pleno dos medicamentos seja obtido.”

O tratamento não-farmacológico, por sua vez, devido à falta de persistência e inconstância do paciente hipertenso no tratamento há longo prazo, tem sido falho. Diante estes aspectos, a escolha do tratamento do paciente hipertenso, inclui medidas farmacológicas e não-farmacológicas e deve merecer atenção especial por parte dos membros da equipe de saúde. Contudo, mesmo com maiores efeitos colaterais em relação ao tratamento não-farmacológico, o tratamento farmacológico é considerado como aquele que promove maior adesão ao tratamento (MION JR; PIERIN; GUIMARÃES, 2001).

1.5.3 Adesão dos pacientes hipertensos aos tratamentos – dificuldades apresentadas

A falta de aderência ao tratamento por parte dos pacientes hipertensos é uma das principais dificuldades encontradas no momento do atendimento desses pacientes, pois o tratamento para o controle da hipertensão arterial não está ligado somente à utilização de medicamentos, mas também a modificação de hábitos de vida. Diante dessas dificuldades Lessa aponta que:

[...] 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tipo de tratamento e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a pressão arterial controlada. Entre 30 a 50% dos hipertensos interrompem o tratamento no primeiro ano e 75%, depois de cinco anos. (1998 apud PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003, p.636).

Diversas influências levam a falta de adesão ao tratamento pelos pacientes hipertensos, são elas: a idade, o sexo, a raça, o nível socioeconômico, a escolaridade, os hábitos de vida, os aspectos culturais, as crenças de saúde, dentre outras. Sendo que, geralmente, os hipertensos que menos aderem ao tratamento são os homens, as pessoas mais jovens e aqueles com baixa escolaridade. Ademais, hipertensos com condição socioeconômica insatisfatória tem dificuldade de acesso ao tratamento e aquisição das medicações. (MION JR; PIERIN; GUIMARÃES, 2001).

Importante ressaltar que, a educação em saúde, dentre as políticas públicas existentes no intuito de controlar a hipertensão arterial, tem sido uma das melhores maneiras de estimular a adesão do paciente ao tratamento.

Para que o processo educativo seja eficaz, é necessário conhecer a atitude do indivíduo a respeito da doença da qual é portador. Muitas vezes, os costumes sobre as práticas de saúde, os valores e as percepções do paciente em relação à doença e ao tratamento são diferentes daqueles pensados pelos profissionais da saúde, já que são dois grupos socioculturais, lingüísticos e psicológicos distintos. Torna-se, então, necessário conhecer e considerar as práticas populares de saúde para uma maior efetividade do atendimento. (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003, p.636).

Assim, a falta de aderência é um dos principais obstáculos para o sucesso do tratamento da hipertensão arterial, constituindo um sério problema a saúde pública como um todo. Portanto, é de vital importância para a obtenção de resultados satisfatórios nos tratamentos a utilização de estratégia terapêutica pelos pacientes. Além do mais, a identificação dos fatores determinantes da falta de adesão pelos pacientes hipertensos permite a implementação de medidas de correção, favorece a aderência e propicia, assim, o controle da doença.

2 HIPERTENSÃO ARTERIAL NA TERCEIRA IDADE

2.1 Hipertensão Arterial x Idade

A hipertensão arterial é a doença crônica que mais atinge a população idosa, visto que as próprias alterações provenientes do envelhecimento propiciam o desenvolvimento da mesma (MIRANDA et al., 2002).

Vários trabalhos consideram a idade como um fator de risco importante que contribui para o aparecimento da hipertensão arterial, devido à alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, como consequência do processo de envelhecimento (FRANCISCHETTI et al. ,1989 apud PESSUTO; CARVALHO, 1998).

Campos, Jacob e Mendonça (2007) explicam que durante o envelhecimento, o idoso tem perda de tecido elástico e aumento das fibras de colágeno, o que faz com que os grandes vasos tornem-se mais rígidos, aumenta a resistência periférica e conseqüentemente a pressão arterial.

De acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), em indivíduos jovens, a hipertensão decorre mais freqüentemente apenas da elevação na pressão diastólica, enquanto a partir da sexta década o principal componente é a elevação da pressão sistólica. Entretanto, segundo Miranda et al (2002), a pressão diastólica aumenta até os 55-60 anos e, então, seus níveis lentamente declinam.

No homem a hipertensão arterial aparece depois dos 30 anos e na mulher, após a menopausa. Em ambos os sexos, a freqüência da hipertensão cresce com o aumento da idade, sendo que os homens jovens têm pressão arterial mais elevada que as mulheres, porém após a meia idade este quadro se reverte. As mulheres que fumam e fazem uso de anticoncepcional, com mais de 30 anos, são as mais atingidas (RIBEIRO, 1996 apud PESSUTO; CARVALHO, 1998).

Ainda, segundo a Linha Guia de Atenção ao Adulto – Hipertensão e Diabetes/MG (2006), estimativas globais sugerem taxas de hipertensão arterial mais elevadas para homens a partir dos 50 anos e para mulheres a partir dos 60 anos.

Pesquisas apontam que a cor também possui relação direta com a incidência da hipertensão, sendo os negros os mais atingidos. Ressalta-se, ainda que, a hipertensão arterial ainda ocorre com maior frequência no sexo masculino (MINAS GERAIS, 2006).

Portanto, a identificação do problema e o manejo desses fatores de risco possibilitam a regressão da doença nos pacientes hipertensos, reduzindo, assim, as conseqüências nocivas (PICCINI; VICTORA, 1994).

2.2 O Envelhecimento Populacional e o Idoso

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial e relativamente recente no mundo. Está evidenciado através das tendências demográficas atuais que a população mundial está envelhecendo, sendo observado que a terceira idade é a parcela da população que mais vem crescendo em todo o mundo (PICOLLI; PEDROSO, 2006).

A Organização Mundial de Saúde define que o idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais de idade (KAWAMOTO, 1995).

A população de idosos no Brasil vem crescendo progressivamente, atualmente chega a ultrapassar 7% da população geral, ao passo que no início do século XX não chegava a 1% da população. Pesquisas apontam que no “Rio Grande do Sul a população idosa já está próxima dos 10% e estima-se que em 2015 estará em torno de 13%.” (PICOLLI; PEDROSO, 2006, p. 55).

Dados internacionais indicam grande variação geográfica na prevalência da hipertensão arterial.

Doze dessas comunidades apresentaram taxas de prevalência de hipertensão arterial maiores que 30 % para o sexo masculino, enquanto para o sexo feminino apenas quatro comunidades demonstraram esses mesmos percentuais, reforçando os achados de que, em relação ao sexo, as pressões são mais elevadas nos homens até 45 anos e que, após essa idade, o número de mulheres hipertensas é maior. Recentemente, esse dado também foi ressaltado pelo *Heart and Stroke Statistical Update da American Heart Association*. (CAMPANA, PEREIRA, SIMÕES, 2007, p. 232).

Com o aumento dessa parcela da sociedade faz-se necessário um correto direcionamento dos recursos públicos para as necessidades básicas e de infraestrutura familiar, tendo-se vista à proteção do bem-estar dos idosos, através de uma política de assistência global ao idoso.

Para tanto, o Governo tem priorizado a criação de programas de atendimento aos idosos que tem por objetivo “[...] o cuidado preventivo, progressivo, integral e continuado; dessa forma, mantém-se o idoso com sua plena capacidade e independência, o que permitirá uma adequada integração familiar e social.” (KAWAMOTO, 1995, p. 194).

Portanto, a prevenção e o cuidado com a saúde dos idosos deve ser prioridade, “[...] já que é impossível a institucionalização de todos os afetados, devido ao alto custo ou à própria qualidade da assistência.” (ZART; RODRIGUES; KERBER, 2006, p. 27).

2.3 Envelhecimento Patológico

Diante destes paradigmas a promoção da saúde e da qualidade de vida dos idosos deve ser cada vez mais priorizada pelos diversos setores da saúde. Essa faixa necessita de cuidados específicos e é de responsabilidade de todos à conquista da longevidade.

No entanto, a realidade atual é outra, onde quase metade dos idosos não possuem acesso a nenhuma prática de atividade física, muito menos a uma boa alimentação. Vale lembrar que é nessa fase da vida que as deteriorações fisiológicas e estruturais são cada vez mais marcantes em todo o corpo (MONTEIRO et al., 2005).

As alterações físicas e os conflitos emocionais e sociais tornam o idoso suscetível a infecções diversas e fraturas, como também à evolução de câncer e tumores, aterosclerose, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, cardiopatias (infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, valvulopatias e arritmias), diabetes, obesidade, osteoporose, doença reumatóide, anemia, catarata, glaucoma, ansiedade, depressão e demência senil (KAWAMOTO, 1995, p. 196).

Portanto, o indivíduo que desenvolve hábitos negativos ao longo da vida terá uma expectativa de vida baixa ou um envelhecimento cercado de problemas de saúde. Uma dieta inadequada, o uso de cigarros, o estresse e o sedentarismo são os principais fatores que causam o aparecimento de diversas doenças, como é o caso da Hipertensão Arterial (HA).

Durante o envelhecimento, o idoso tem perda do tecido elástico e aumento das fibras de colágeno, o que causa rigidez dos grandes vasos, aumento da resistência periférica e conseqüentemente da pressão arterial (CAMPOS; JACOB; MENDONÇA, 2007).

Ademais, as próprias alterações inerentes ao envelhecimento propiciam o desenvolvimento de Hipertensão Arterial, sendo esta a principal doença crônica que atinge a população idosa (MIRANDA et al., 2002).

2.4 Hipertensão Arterial no Idoso

A hipertensão arterial em idoso é caracterizada por apresentar aumento da resistência periférica com decréscimo do débito cardíaco e volume intravascular, hipertrofia cardíaca concêntrica, redução da frequência cardíaca e volume sistólico. O fluxo sanguíneo renal está desproporcionalmente reduzido (CAMPOS; JACOB; MENDONÇA, 2007).

Estatísticas apontam que a hipertensão arterial é uma doença que acomete mais da metade dos idosos no mundo. Segundo o Ministério da Saúde “[...] pelo menos 65% dos idosos brasileiros são hipertensos. A maioria apresenta elevação isolada ou predominante da pressão sistólica, aumentando a pressão de pulso, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares.” (BRASIL, 2006, p. 33). Ademais, estimativas relatam que até o ano de 2025 a população idosa composta por hipertensos será de 7%, o que significa que 16 milhões de pessoas com mais de 60 anos apresentarão pressão alta. (MONTEIRO et. al., 2005).

Como visto anteriormente, durante o envelhecimento, o idoso tem perda do tecido elástico e aumento das fibras de colágeno, o que torna os vasos mais rígidos, e por conseqüência aumento da pressão arterial. Ademais, a maioria dos idosos apresenta elevação isolada ou predominante da pressão sistólica, aumento da

pressão de pulso, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares (BRASIL, 2006).

Destaca-se que, a hipertensão é uma doença frequente nas pessoas idosas, contudo não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento, pois se controlada adequadamente reduz consideravelmente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos, sendo por isso considerada como um fator determinante de morbidade e mortalidade (BRASIL, 2007).

Segundo Bruno (2001), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) acomete mais da metade das pessoas com idade maior ou igual a 65 anos. A maioria (aproximadamente 65%) é acometida pela hipertensão sistólica tende a elevar-se com o avançar da idade enquanto a pressão arterial diastólica tende a estabilizar-se a partir dos 60 anos e até reduzir-se. A perda da elasticidade e o enrijecimento dos vasos arteriais estão associados a esta maior prevalência de hipertensão sistólica e maior oscilação da PAS a pequenos aumentos do volume sistólico como ocorre durante as emoções e atividades físicas.

Sabe-se que a hipertensão arterial tem maior frequência de diagnóstico quanto maior a idade do examinando, mas nos grupos etários mais avançados, a prevalência tende a decrescer ou se mantém estável. Isto pode indicar uma seleção da população mais idosa, já tendo morrido a maior parcela dos hipertensos com complicações mais sérias. (LOLIO et al., 1993, p. 337).

A hipertensão sistólica confere maior risco de eventos cardiovasculares ou morte que a hipertensão diastólica, especialmente naqueles com PAS maior ou igual a 160mmhg e PAD menor que 90 mmhg. Mesmo os pacientes com hipertensão sistólica isolada estágio 1 (PAS igual a 140 a 159 mmhg e PAD menor que 90 mmhg) apresentam risco de eventos cardiovasculares igual aos portadores de hipertensão diastólica estágio 1 (PAD entre 90 e 99 mmhg). Além do mais, a hipertensão sistólica isolada esta associada a uma maior pressão de pulso ($PP = PAS - PAD$). A PAS e a PP são melhores preditores de risco cardiovascular que a PAD isoladamente. No *Multiple Risk Factor Intervention Trial* (MRFIT), homens com PAS maior ou igual a 160mmhg e PAD menor 70mmhg tiveram maior taxa de mortalidade por doença coronariana (BRUNO, 2001).

A Hipertensão Arterial do idoso possui vários fatores etiológicos, onde destacam-se:

- Alterações degenerativas das camadas arteriais, aterosclerose das artérias de grande e médio calibre, ocorre redução da complacência da parede do sistema arterial.
- Diminuição da sensibilidade do sistema baroreceptor, importante como atenuante dos aumentos e quedas abruptas da pressão arterial, explicando porque o idoso apresenta maior incidência de hipotensão ortostática. (CAMPOS; JACOB; MENDONÇA, 2007, p. 109).

A hipertensão arterial diminui consideravelmente a expectativa de vida do indivíduo, havendo complicações pode levar a morte ou a incapacidade geralmente. Os efeitos letais da hipertensão podem se apresentados em virtude de:

- O excesso da carga de trabalho sobre o coração leva ao desenvolvimento precoce de doença cardíaca congestiva, doença cardíaca coronariana ou ambas; muitas vezes levando à morte em consequência de um ataque cardíaco.
- A pressão alta pode romper um vaso sanguíneo importante no cérebro, causando a morte de porções fundamentais do mesmo, havendo o infarto cerebral.
- A pressão muito alta quase sempre provoca múltiplas hemorragias nos rins, produzindo certas áreas de destruição. Por fim, surge a renal, a uremia e a morte. (SILVA; RIBEIRO; HERNANDEZ, 2007, p. 563 - 534)

A hipertensão arterial no idoso está associada ao aparecimento de diversas doenças, tais como: as doenças cardiovasculares; a doença arterial coronária (DAC), a doença cerebrovascular (DCV), a insuficiência cardíaca (IC), a doença renal terminal, a doença vascular periférica, a hipertrofia ventricular esquerda (HVE) e a disfunção diastólica (MIRANDA et al., 2002).

É consenso entre os geriatras a ocorrência frequente de diversos distúrbios de saúde em um único indivíduo idoso, o que agrava ainda mais a saúde e a qualidade de vida dos mesmos, é o que menciona Campos, Jacob e Mendonça (2007, p. 110-111) ao afirmarem que:

Essas doenças (diabetes mellitus e hipertensão arterial), contribuem para queda da qualidade de vida dos idosos e aumento da mortalidade, sendo assim, a realização de levantamento epidemiológico se faz importante para sua constatação e dessa maneira instaurar medidas preventivas ou tratamento específico para prevenir suas complicações.

O tratamento busca a redução gradual da pressão arterial para valores abaixo de 140/90 mmHg. O tratamento não-farmacológico é recomendado para os idosos. Entretanto, quando for necessário tratamento farmacológico, a dose inicial deve ser mais baixa, e o acréscimo de doses ou a associação de novos medicamentos deve ser feito com mais cuidado, principalmente em idosos frágeis. Ademais, deve-se considerar, no momento escolha do anti-hipertensivo inicial, que muitos idosos apresentam outros fatores de risco, lesão de órgão-alvo ou doença cardiovascular associada, porém, muitos necessitam de terapia combinada, principalmente para o controle adequado da pressão sistólica (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006).

Assim, o correto tratamento, portanto, reduz o risco de complicações, proporciona ao idoso uma melhor qualidade de vida sem a presença de doenças letais. Contudo, muito ainda precisa ser feito para se atender à crescente demanda por uma atenção de boa qualidade para o idoso, a terapêutica da hipertensão arterial no idoso é uma delas, para que isso ocorra deve-se buscar, com exceção dos casos de crise hipertensiva, reduzir lenta e progressiva da pressão arterial para atenuar ou aliviar os sintomas e diminuir as possibilidades de complicações.

3 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE HIPERTENSO NA TERCEIRA IDADE

De acordo com a Organização Mundial de Saúde um dos maiores desafios da autoridade e profissionais de saúde pública é o controle da Hipertensão Arterial em todo o mundo, tanto em pacientes quanto na população em geral.

3.1 Equipe Multidisciplinar de Saúde

A Organização Mundial de Saúde destaca a necessidade da multidisciplinaridade no tratamento da hipertensão arterial, ao relatar “[...] como principais vantagens nessa atuação, o aumento do número de portadores atendidos, maior adesão ao tratamento, maior número de portadores controlados e adotando hábito de vida saudável.” (TORRES; FIGUEIREDO; WALTERMANN, 2006, p. 132).

Essa equipe multidisciplinar deve ser composta por diversos profissionais que atuem diretamente com os portadores de hipertensão arterial, sendo eles enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, farmacêuticos, além de profissionais de enfermagem do nível médio, pois trata-se de uma doença multifatorial, sendo necessário estreitar relações entre todos os profissionais de saúde.

Vale destacar os ensinamentos de Lopes, et al. (2008, p. 200), ao afirmarem que:

As ações da equipe de saúde, no combate à hipertensão arterial e estímulo ao autocuidado, devem incluir a ênfase no controle do tabagismo, obesidade, sedentarismo, estresse, consumo restrito de sal e bebidas alcoólicas e o estímulo a uma alimentação saudável.

Neste contexto, destaca-se a reflexão de Freire (1993 apud TORRES; FIGUEIREDO; WALTERMANN, 2006, p. 137) “[...] ao referir estar o homem em

constante mudança de atitude sendo este o papel da equipe de saúde nos grupos: desenvolver atividades educativas que visem à ação-reflexão dos participantes.”

Os profissionais da saúde que trabalham com grupos beneficiam o paciente, pois possibilita o atendimento de um grande número de doentes, pois controla, um maior número de hipertensos, além de auxiliar na adoção de hábitos saudáveis a estes pacientes.

Torres; Figueiredo; Waltermann (2006, p. 132) destaca que:

É importante destacar que muitos pacientes hipertensos com níveis tensionais elevados não demonstravam ter conhecimento do risco de morte e da relação com o acidente vascular cerebral que esta poderia ocasionar. É através dos grupos multidisciplinares que os hipertensos recebem as orientações necessárias sobre a importância do controle e tratamento da hipertensão como forma de evitar as complicações.

Portanto, o desenvolvimento de práticas profissionais pautadas na interação e na troca de experiência entre os profissionais da equipe multidisciplinar é essencial para um bom atendimento do hipertenso idoso e sua família, sempre fundamentais ao desenvolvimento humano e ao bem estar.

3.2 O Papel do Enfermeiro no Controle da Hipertensão Arterial

Para prestar a assistência devida ao idoso com hipertensão arterial o enfermeiro deve, primeiramente, conhecer os fatores de riscos que influenciam o prognóstico da hipertensão arterial no idoso. Estes podem ser divididos em três classes, sendo elas fatores de risco para doença cardiovascular, lesões em órgão alvo e condições clínicas associadas a outras doenças.

Dentre os fatores de risco para doença cardiovascular encontram-se: os valores da PAS e PAD; homens acima de 55 anos; mulheres acima de 65 anos; fumantes; colesterol total acima de 240 mg/dl ou HDL colesterol acima de 160 mg/dl; níveis do HDL colesterol: homens abaixo de 40 mg/dl / Mulheres abaixo de 45 mg/dl; antecedentes de Doença cardiovascular em parentes de 1º grau abaixo de 50 anos; obesidade e inatividade física. As lesões em órgão alvo podem ser classificadas como: a hipertrofia ventricular esquerda no ECG ou ECO; microalbuminúria: 20 a 300 mg/dia; imagem radiológica ou em ultrassonografia de placa aterosclerótica em

artéria aorta, carótida, coronária, ilíaca ou femoral; retinopatia hipertensiva em graus III ou IV. Outros fatores de risco para a hipertensão arterial em idosos estão nas condições clínicas associadas à: *diabetes mellitus*; doença cerebrovascular: AVE, Hemorragia cerebral, Ataque transitório isquêmico, Cardiopatia, IAM, Angina, Revascularização miocárdica, ICC; doença renal; albuminúria acima de 300 mg/dl; creatinina plasmática: em mulheres acima de 1,4 mg/dl e em homens acima de 1,5mg/dl; doença vascular periférica (MINAS GERAIS, 2006b).

Ademais, o enfermeiro deverá ter a consciência de que cabe ao mesmo exercer privativamente a enfermagem, conforme disposto no parágrafo único do artigo 2º da Lei n.º 7498/86 (Lei do Exercício Profissional da Enfermagem), o qual dispõe que “A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação”.

Diante disso, observa-se que o profissional de enfermagem incorpora diversas competências profissionais, onde cada vez mais passam a se envolver em atividades apenas administrativas, assim, deixa em segundo plano a prática direta da assistência de enfermagem.

Dentre as funções atribuídas ao enfermeiro, à consulta de enfermagem, prevista na alínea “i” do artigo 11 da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, trata-se de função privativa do enfermeiro e deve ser realizada com o intuito de atingir a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

Como integrante da equipe de saúde, o enfermeiro exerce atividades de enfermagem necessárias ao bom atendimento dos pacientes, contudo, vale lembrar que estas ações não estão restritas aos pacientes hipertensos. Destaca-se que as atividades de enfermagem são elencada no artigo 11 da referida lei, quais sejam:

Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe:

[...]

II - como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;

- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distocia;
- j) educação visando à melhoria de saúde da população.

Este fator leva a redução de suas atividades de cuidado e a sobrecarga de atividades burocráticas tem sido o seu objeto prioritário. Entretanto, a prática do cuidado pelo profissional de enfermagem precisa objetivar o cuidar do outro, com direcionamento de suas ações para o ser que está sob os seus cuidados. É preciso repensar o cuidado entre enfermeiros e profissionais de saúde e vislumbrar a prática que vai ao encontro às necessidades do paciente, contudo, deve-se entender essa necessidade como algo inerente a cada paciente e o meio que o cerca para o melhor desenvolvimento do autocuidado (LOPES et al.,2008).

Dessa forma, é essencial o desenvolvimento de bases científicas para a prática da enfermagem. Em relação à assistência de enfermagem do idoso hipertenso não seria diferente, sendo de fundamental importância a realização de constantes estudos referente ao cuidar de enfermagem para orientar o enfermeiro sobre sua competência profissional, condições e possibilidades de aplicação dos resultados em benefício da saúde do idoso (SANTOS et al.,2008).

Ressalta-se que, o papel do enfermeiro no controle da HA é fundamental e pode ser desempenhado de diversas formas e em vários níveis de complexidade. Sua contribuição pode ser na detecção precoce da doença em populações por meio de medida sistemática de PA, sempre que as pessoas entrarem para o sistema de assistência à saúde, na investigação de fatores de risco para HA nos hábitos de vida e comportamento de saúde das populações, e, na assistência aos hipertensos, principalmente, trabalhando a educação daqueles com dificuldades o para aderir ao regime terapêutico. Outra maneira é a medição da PA de grupos, como por exemplo, dos idosos e dos trabalhadores (REINERS et al, 2004).

A equipe de enfermagem, ao cuidar do indivíduo com hipertensão, deve buscar como metas compreender o processo patológico; incentivar o idoso a participação de programas de autocuidado, além de certificar que não existem complicações para controlar a hipertensão com mudanças do estilo de vida e o uso de medicamentos.

Nesse sentido é o entendimento de Torres, Figueiredo e Waltermann (2006, p. 132 e 135)

O enfermeiro, como integrante da equipe, realiza consulta de enfermagem, abordando os seguintes aspectos: aferição da pressão arterial, investigação sobre risco e hábitos de vida, orientação sobre o uso de medicação e seus efeitos colaterais, avaliação dos sintomas. Também administra o controle de retorno do portador, realiza a busca ativa dos faltosos e controla as consultas agendadas. [...] A educação em saúde é um instrumento de trabalho do enfermeiro, fazendo parte do cotidiano, pois para cuidar de maneira adequada deve-se investir no aperfeiçoamento dos indivíduos de forma integral e holística. É o método mais eficiente para as ações preventivas, uma vez que a educação é um instrumento de transformação social, possibilitando a reformulação de hábitos e mudanças de comportamento.

Ademais, como visto, é papel essencial do enfermeiro a educação dos pacientes portadores de hipertensão arterial. Ele deverá desenvolver ações que visem ao diagnóstico precoce, controle e tratamento da doença, para garantir a saúde plena dos pacientes, através de ações preventivas, evitando, assim, complicações da doença e melhor a qualidade de vida da população. A educação deve fazer parte do cotidiano dos profissionais, pois para cuidar de maneira adequada deve-se investir no aperfeiçoamento dos indivíduos de forma integral.

Vale lembrar que, os trabalhadores da enfermagem são responsáveis pela atenção à saúde, portanto, devem saber detectar e agir corretamente quando se depararem com o idoso hipertenso.

Além da consulta de enfermagem, o profissional atua também em atividades de educação e conscientização dos pacientes hipertensos, bem como participa de discussões e incentiva-o para participar ativamente no tratamento, através do autocuidado (SOUZA; JARDIM, 1994).

Diante dessa atuação fica evidenciado que a assistência de enfermagem aos pacientes hipertensos contribui de forma eficaz para uma maior aderência dos pacientes ao tratamento, além de abrir um novo campo de trabalho para os profissionais dessa área.

3.3 Conscientização do Idoso Hipertenso

A conscientização do portador de hipertensão arterial é essencial para o

correto tratamento terapêutico da doença, diante dessa perspectiva o Ministério da Saúde apresenta as três principais estratégias para o correto tratamento da HA, quais sejam: educação, tanto do paciente como de seus familiares, modificação dos hábitos de vida no aspecto fisiológicos e psicológicos e, se necessário, medicamentos, tendo em vista o controle dos níveis pressóricos e com isso melhor qualidade de vida.

O acompanhamento dos pacientes idosos hipertensos através de ações de caráter preventivo e educativo constitui o centro da estratégia para o controle da hipertensão mais gravosa, que acaba por ocasionar outros problemas ao paciente com hipertensão.

A educação dos pacientes, portanto, contribui expressivamente para a adaptação à doença, auxilia na prevenção de complicações e cooperação com o tratamento prescrito.

Ademais, deve-se conscientizar o idoso hipertenso de que por ser a hipertensão uma patologia crônica, o seu tratamento é permanente, dura por toda a vida do indivíduo; orientá-lo a como reconhecer os sintomas de descontrole da HAS e de lesões em órgãos-alvo, bem como efeitos colaterais e secundários de eventuais medicamentos (MINAS GERAIS, 2006a).

Através de programas e atividades coletivas de manutenção e promoção à saúde fica mais fácil confrontar situações novas e prevenir as internações hospitalares, além de reduzir a mortalidade dos pacientes em virtude de hipertensão arterial.

As atividades educativas em grupo favorecem a adesão ao tratamento do hipertenso, pois as discussões em grupo costumam ser eficazes quando os portadores identificam entre si necessidades semelhantes. Recebem apoio e oferecem ajuda e incentivo aos outros membros do grupo (Existe uma eminente necessidade para que isso ocorra, tendo em vista que a redução da morbimortalidade de doenças cardiovasculares passa pela diminuição dos níveis pressóricos, sejam elas realizadas com estratégias de ações individuais ou grupais. (TORRES; FIGUEIREDO; WALTERMANN, 2006, p. 137).

Contudo, a doutrina majoritária aponta que alguns fatores que interferem na adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial, são eles: as dificuldades para mudanças de hábitos e a falta de informação em relação à doença, pois não sendo muito bem informado acaba-se abrindo precedentes para tratamentos irregulares e inexistência de tratamento.

Sobre o assunto Lopes et al. (2008, p. 200-201) apontam que:

[...] a necessidade de se organizar um atendimento a clientes portadores de hipertensão, que fortaleça a mudança de comportamentos. Por exemplo, em um estudo realizado com indivíduos hipertensos no sul do país, verificou-se que alguns indivíduos conhecem os fatores que facilitam o controle da hipertensão, entretanto, nem todos realizam os devidos exercícios físicos, controle alimentar, atividades de lazer, e outras atividades necessárias. A maioria dos entrevistados (67%) não tinha conhecimento sobre algumas informações básicas, tal como a interferência dos constituintes do cigarro na pressão arterial. Este fato pode refletir a parcialidade do conhecimento, no grupo estudado, das informações necessárias para um melhor controle e/ou prevenção da hipertensão arterial.

Porém, a prática profissional em relação à conscientização do idoso hipertenso tem sido desenvolvida de forma autoritária, onde o paciente não recebe as informações necessárias ao entendimento do diagnóstico e do tratamento da doença, sendo apresentadas apenas ordens da equipe de multidisciplinar de saúde, principalmente, ordens médicas, para o cumprimento de determinadas ações.

Portanto, o tratamento da hipertensão deve ser considerado mais do que tomar remédios, deve-se estabelecer mudanças no estilo de vida do idoso.

CONCLUSÕES

Na prática clínica, o diagnóstico da hipertensão arterial é realizado através da medida indireta da pressão arterial, com destaque na monitorização ambulatorial da pressão arterial como método auxiliar útil em hipertensão, mas não indicada no diagnóstico de rotina da hipertensão arterial.

Até porque, os valores de pressão arterial não são fixos, eles podem variar de acordo com o horário (dia ou noite) e em diferentes circunstâncias como ser menor durante o sono ou quando a pessoa está deitada e maior, por exemplo, durante emoções e exercícios.

A hipertensão arterial ocasiona transformações expressivas na vida do paciente tanto no setor psicológico, como no familiar, social e econômico, sendo que, as mudanças que ocorrem, provocam rupturas no modo de viver.

A hipertensão arterial é a doença crônica que mais atinge a população idosa, visto que as próprias alterações provenientes do envelhecimento propiciam o desenvolvimento da mesma, portanto, é essencial a identificação do problema e o manejo dos fatores de risco, o que possibilita a regressão da doença nos pacientes hipertensos e reduzindo, as conseqüências nocivas.

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial e relativamente recente no mundo. Está evidenciado através das tendências demográficas atuais que a população mundial esta envelhecendo, sendo observado que a terceira idade é a parcela da população que mais vem crescendo em todo o mundo (PICOLLI; PEDROSO, 2006).

Diante destes paradigmas a promoção da saúde e da qualidade de vida dos idosos deve ser cada vez mais priorizada pelos diversos setores da saúde. Essa faixa necessita de cuidados específicos e é de responsabilidade de todos à conquista da longevidade.

Portanto, o indivíduo que desenvolve hábitos negativos ao longo da vida terá uma expectativa de vida baixa ou um envelhecimento cercado de problemas de saúde. Uma dieta inadequada, o uso de cigarros, o estresse e o sedentarismo são

os principais fatores que causam o aparecimento de diversas doenças, como é o caso da Hipertensão Arterial (HA).

O correto tratamento reduz o risco de complicações e proporciona ao idoso uma melhor qualidade de vida sem a presença de doenças letais, porém muito ainda precisa ser feito para se atender à crescente demanda por uma atenção de boa qualidade para o idoso, a terapêutica da hipertensão arterial no idoso é uma delas, para que isso ocorra deve-se buscar, com exceção dos casos de crise hipertensiva, reduzir lenta e progressiva da pressão arterial para atenuar ou aliviar os sintomas e diminuir as possibilidades de complicações.

A multidisciplinaridade no tratamento da hipertensão arterial é fundamental para o desenvolvimento de práticas profissionais pautadas na interação e na troca de experiência entre os profissionais da equipe multidisciplinar e para o bom atendimento do hipertenso idoso e sua família, sempre fundamentais ao desenvolvimento humano e ao bem estar.

Para prestar a assistência devida ao idoso com hipertensão arterial o enfermeiro deve, primeiramente, conhecer os fatores de riscos que influenciam o prognóstico da hipertensão arterial no idoso.

Diante dessa atuação fica evidenciado que a assistência de enfermagem aos pacientes hipertensos contribui de forma eficaz para uma maior aderência dos pacientes ao tratamento, além de abrir um novo campo de trabalho para os profissionais dessa área.

Portanto, o tratamento da hipertensão deve ser considerado mais do que tomar remédios, deve-se estabelecer mudanças no estilo de vida do idoso, através da conscientização pela educação, tanto do paciente como de seus familiares, com a modificação dos hábitos de vida no aspecto fisiológicos e psicológicos e, se necessário, na aplicação medicamentos, visando controle dos níveis pressóricos, contribuindo, assim, para uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. P et al., Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Salvador, v. 79, n. 4, 2002, p. 375-379. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/abc/v79n4/12704.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2009.

BRASIL. Lei n.º 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, 26 jun. 1986

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2007.

_____. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: DF, 2006.

BRUNO, W. **Cardiogeriatría**. São Paulo: Atheneu, 2001.

CAMPANA, P. R.; PEREIRA, V.; SIMÕES, G. C.G. Hipertensão Arterial Sistêmica no Adulto e no Idoso. In: Trabalhos de conclusão de curso, Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Curso de Fisioterapia, Araçatuba. **Anais...** Araçatuba: UNISALESIANO, 2007, p. 228-243. Disponível em: <http://www.salesiano-ata.br/faculdades/noticias/592/FISIO/TCC_2007.pdf#page=253>. Acesso em: 07 ago. 2009.

CAMPOS, G. G.; JACOB, M, P.; MENDONÇA, C. S. L. Prevalência de diabetes mellitus e hipertensão arterial em idosos institucionalizados. In: Trabalhos de conclusão de curso, Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Curso de Fisioterapia, Araçatuba. **Anais...** Araçatuba: UNISALESIANO, 2007, p. 103-112. Disponível em: <http://www.salesiano-ata.br/faculdades/noticias/592/FISIO/TCC_2007.pdf#page=253>. Acesso em: 07 ago. 2009.

GIANNINI S. D; FORTI, N.; DIAMENT, J. **Cardiologia Preventiva**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006

INFORME Publicitário. **Associação Paulista de Medicina**. São Paulo, 30 Jul 1993

KAWAMOTO, E. E. Saúde do Idoso. In: KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. H.; MATTOS, T. M. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: EPU, 1995. Cap. 16, p. 193 - 200.

LOLIO, C. A. et al. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 27, n. 5, p. 357-362, 1993. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v27n5/06.pdf>> Acesso em: 07 ago. 2009.

LOPES, M.C.L., et.al. O auto-cuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Maringá, v. 10, n. 1, 2008, p. 198 - 211. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm>>. Acesso em: 07 ago. 2009

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a Saúde do Adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte, 2006a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Idoso**. Belo Horizonte, 2006b.

MIRANDA, R. D. et al.; Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, v. 9, n. 3, p. 293-300, jul./set. 2002. Disponível em: <http://www.acemfc.org.br/modelo1/down/hipertensao_arterial.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2009.

MION JR, D.; PIERIN, A. M. G.; GUIMARÃES, A.; Tratamento da hipertensão arterial – respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Rev Ass Med Brasil**. 2001, v.47, n. 3, p. 249 – 254. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n3/6550.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2009

MONTEIRO, P. C. et al, Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão. **Arq. Ciênc. Saúde**. São José do Rio Preto, v. 12, n. 2, p. 73-79, abr./jun, 2005. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/prorh/dacom/vivamais1/hipertensao.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2009.

PERES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A.. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**.

São Paulo, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>> Acesso em: 07 ago. 2009.

PICCINI, R. X.; VICTORA, C. G.. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 28, n. 4, p. 261-267, 1994. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v28n4/04.pdf>> Acesso em: 07 ago 2009.

PICOLLI, F.; PEDROSO, M. Qualidade de vida de cuidadores não-profissionais em portadores de Alzheimer. **Logos: Revista de Divulgação Científica**. Canoas: ULBRA, ano 17, n. 1, p. 53-62, 1º sem. 2006: Especial Enfermagem.

SILVA, B. M. M.; RIBEIRO, M.; HERNANDEZ, R. M. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos da instituição lar da velhice assistencial de Araçatuba – SP. In: Trabalhos de conclusão de curso, Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Curso de Fisioterapia, Araçatuba. **Anais...** Araçatuba: UNISALESIANO, 2007, p. 562-568. Disponível em: <http://www.salesiano-ata.br/faculdades/noticias/592/FISIO/TCC_2007.pdf#page=253>. Acesso em: 07 ago. 2009.

SANTOS, A. S. R. et al., Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos- um estudo retrospectivo. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.17, n.1, jan./ mar. 2008.

SERRANO JUNIOR, C. V.; TIMERMAN, A. STEFANINI, E. **Tratado de Cardiologia SOCESP**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2009

SOUZA, A. L. L.; JARDIM, P. C. B. V. A enfermagem e o paciente hipertenso em uma abordagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 5-17, jan. 1994.

REINERS, A. A. O. Hipertensão Arterial - perfil de saúde dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 41-49, jan./mar. 2004.

TORRES, L. S; FIGUEIREDO, M. R. B.; WALTERMANN, M. Hipertensão arterial: um desafio para a equipe multiprofissional. **Logos: Revista de Divulgação Científica**, Universidade Luterana do Brasil, Canoas: ULBRA, ano 17, nº.1, 1º sem. 2006: Especial Enfermagem, p. 129 – 138.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC; Sociedade Brasileira de Hipertensão – SBH; Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN.** São Paulo, 13 fev. 2006

ZART, V. B.; RODRIGUES, M.S; KERBER, C. A. Cuidado familiar: desafios no processo de cuidar. **Logos: Revista de Divulgação Científica.** Canoas: ULBRA, ano 17, n. 1, p. 21-29, 1º sem. 2006: Especial Enfermagem.