



**FACULDADE PARAENSE DE ENSINO
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**DARLENE BARROS DOS SANTOS
MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA
MARIA JOSÉ TEIXEIRA BRITO**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS
ATENDIDOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA.**

**BELEM
2016**

DARLENE BARROS DOS SANTOS
MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA
MARIA JOSÉ TEIXEIRA BRITO

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS
ATENDIDOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção de qualificação em Bacharelado
em Enfermagem, da Faculdade Paraense
de Ensino.

Orientadora: Prof^a. Msc. Margarete
Boulhosa.

BELÉM
2016

DARLENE BARROS DOS SANTOS
MARIA DE JESUS FERREIRA DA SILVA
MARIA JOSÉ TEIXEIRA BRITO

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS
ATENDIDOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA.**

APROVADO EM: ___/___/___

Nota: ___

BANCA EXAMINADORA

_____Orientadora
Prof. Me. Msc. Margareth F. Boulhosa

_____Membro
Me. Msc. Milena Silva dos Santos

_____Membro
Me. Msc. Camilo Eduardo Almeida Pereira

Em primeiro lugar sobre tudo a Deus, com muita estima, dedico este trabalho as nossas queridas mães, Joana, Eulalia e Benedita. (*In Memoriam*), pela dedicação e amor incondicional ao corpo docente da instituição, a nossa orientadora Margareth Feio Boulhosa.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa um importante problema de saúde pública, com alta prevalência e baixas taxas de controle. Atinge um grande percentual da população adulta e mais da metade dos idosos no Brasil. Sua expressiva prevalência tem grande impacto nas alarmantes taxas de morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis entre as mesmas encontram-se as cardiovasculares, bem como é responsável por alta frequência de internações, com custos médicos e sócios econômicos elevados. Neste contexto, o presente trabalho, cujo tema é “hipertensão arterial sistêmica em idosos” atendido na rede de atenção à saúde: uma revisão integrativa tem como objetivo levantar e analisar a produção científica nacional de artigos, sobre hipertensão arterial sistêmica, contidos na base de dados entre os anos de 2010 a 2015, procurando saber o perfil dos idosos com hipertensão arterial sistêmica atendido na Atenção Básica à saúde, a partir de estudo e análise de estudos na base de dados no período citado. Para tanto se usou a metodologia qualitativa de análise de conteúdo. Priorizar o cuidado do outro como cuidar de si mesmo implica sentir-se cuidado enquanto cuida, entendendo e compreendendo o outro com empatia; priorizar o outro é um ato de dedicação afetiva. Nos artigos analisados pode-se dizer que torna-se importante se traçar o perfil do paciente idoso hipertenso, produzindo ferramentas que possibilitem aos profissionais de saúde, um melhor preparo, afim de que se promova, com maior eficiência, a saúde tanto na prevenção de agravos, quanto no tratamento.

Palavras-Chaves: hipertensão arterial sistêmica; idosos; atenção básica, Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) represents an important public health problem, with high prevalence and low control rates. It reaches a large percentage of the adult population and more than half of the elderly in Brazil. Its expressive prevalence has a great impact on the alarming rates of morbidity and mortality due to cardiovascular diseases, as well as being responsible for high frequency of hospitalizations with high medical and socioeconomic costs. In this context, the present study, whose theme is "systemic arterial hypertension in the elderly" attended in the health care network: an integrative review aims to raise and analyze the national scientific production of articles on systemic arterial hypertension, contained in the base of Data between the years 2010 to 2015, seeking to know the profile of the elderly with systemic arterial hypertension attended in the Basic Health Care, based on study and analysis of studies in the database in the cited period. For that, we used the qualitative methodology of content analysis. Prioritizing the care of the other as caring for oneself implies feeling care while caring, understanding and understanding the other with empathy; Prioritizing the other is an act of affective dedication. In the analyzed articles it can be said that it is important to trace the profile of the elderly hypertensive patient, producing tools that enable health professionals to better prepare them, so that health is promoted with greater efficiency both in the prevention of And in treatment.

Key Words: basic care; hypertension; Nursing care; the elderly.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
1.1	JUSTIFICATIVA	9
1.2	PROBLEMA	9
1.3	QUESTAO NORTEADORA	10
1.4	OBJETIVOS	10
1.4.1	GERAL	10
1.4.2	ESPECIFICO	10
2	REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1	IDOSO	11
2.2	A FISILOGIA DO ENVELHECIMENTO	15
2.3	O PROGRAMA DO HIPERDIA NA ATENÇÃO BASICA DE SAÚDE	18
2.3.1	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA	19
2.4	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	22
3	METODOLOGIA	25
3.1	TIPO DE ESTUDO	25
3.2	LOCAL DE COLETA DOS ARTIGOS	27
3.3	CRITERIO PARA INCLUSÃO E EXCLUSÃO	27
3.4	COLETA DE DADOS	27
3.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	28
3.6	ANALISE DOS DADOS	28
3.7	ASPECTO ETICOS E LEGAIS	28
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
6	REFERENCIAS	34
7	ANEXO I	39
8	ANEXO II	40
9	ANEXO III	41

1-INTRODUÇÃO:

O envelhecimento populacional é hoje um proeminente fenômeno mundial. Atualmente, a população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos é da ordem de 15 milhões de habitantes.(ABREU, 2012)

O Brasil passa por um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso, como pode se observar desde a metade do século passado. A transição de populacional dos jovens para uma envelhecida (Transição Demográfica) altera fundamentalmente o panorama epidemiológico relativo à morbidade e mortalidade de uma determinada população.(AMORIM, *et al* -2012, p. 59).

As doenças infecto-contagiosas, altamente prevalentes em populações jovens, tendem a diminuir sua incidência, enquanto as doenças crônicas não transmissíveis aumentam sua prevalência, expressando a maior proporção as pessoas idosas portadoras dessas doenças. Desta forma, investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os conseqüentes gastos, principalmente quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna.

O Plano de Reorganização da Atenção à HAS implementado em nosso país, é a maior proposta de intervenção sobre a hipertensão, diabetes e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares já realizadas no Brasil e deverá ter como conseqüência um importante impacto na redução da morbimortalidade cardiovascular.(SARMENTO, 2014)

A Hipertensão Arterial Sistêmica é que possui alta prevalência no Brasil e por se constituir um dos fatores de risco para as complicações cardiovasculares, principalmente quando a adesão ao tratamento é comprometida, ocasionando conseqüências precoces para a vida do doente crônico. Dessa forma, torna-se necessário reconhecer os determinantes das complicações, fornecendo subsídios ao enfermeiro e toda a equipe multiprofissional para contribuir com o cuidado do paciente e na auto gestão da doença.

A HAS e a Diabetes *Mellitus* (DM), no sistema de saúde público brasileiro, constituem a primeira causa de hospitalização, e são considerados os principais fatores de risco para o desenvolvimento de outras patologias crônicas, sendo que o

impacto social destas doenças é calculado pelo custo c⁹ complicações.(FARINATTI , 2012)

Porém, o objetivo só será eficaz no tratamento primário da HAS, quando houver o conhecimento e atuação sobre os fatores preditivos e de risco modificáveis como o tabagismo, hábitos alimentares, inatividade física, etilismo e excesso de peso, acrescidos dos aspectos biopsicológicos, comorbidades, patologias associadas, e dos determinantes sociais, tais como as condições habitacionais, educacionais, financeiras, trabalhistas, entre outros, visto que estes repercutem diretamente na saúde da população

1.1 JUSTIFICATIVA

O interesse pelo estudo sobre a hipertensão arterial sistêmica surgiu logo nos primeiros semestres da grade curricular da graduação, quando foi ministrada a disciplina voltada para a saúde na terceira idade e percebemos as mudanças na vida dessa população, em que muitos passam a sofrer de HAS.

A partir desse contexto, justifica-se e desenvolve-se a preocupação em investigar a hipertensão em idosos atendidos na rede de Atenção à Saúde, objetivando promover e proteger a saúde na Atenção básica.

Na assistência de enfermagem o enfermeiro é responsável pelas ações educativas, através de palestras e orientações quanto a necessidades de exercícios físicos, oficinais cujo o conteúdo visam na socialização e interação bem como auto estima, além de orientações a respeito dos riscos de não continuidade do tratamento e controle da pressão.

A enfermagem é a principal importância para desempenhar a tarefa de cuidar, pois é ela quem está mais próxima da família, passando mais tempo com a mesma. (MARCON, 2008).

1.2 PROBLEMÁTICA:

Para o processo de investigação se criou a seguinte situação problema:

O que a análise da produção científica nacional de artigos, sobre hipertensão arterial sistêmica, contidos na base de dados entre os anos de 2010 a 2015, esclarece sobre o perfil dos idosos com hipertensão arterial sistêmica, atendidos na

Atenção Básica à saúde e qual a contribuição do profissional enfermeiro nesse atendimento?

1.3 QUESTÕES NORTEADORAS:

Para tanto foram criadas as seguintes questões norteadoras:

- Será que a análise da produção científica nacional de artigos, sobre hipertensão arterial sistêmica, contidos na base de dados entre os anos de 2010 a 2015, esclarece sobre o perfil dos idosos com hipertensão arterial sistêmica atendidos na rede de atenção básica a?
- Qual a contribuição do profissional enfermeiro da unidade básica de saúde nesse atendimento?

OBJETIVOS

1.4.1 Geral:

Levantar e analisar a produção científica, sobre hipertensão arterial sistêmica em idosos, contidos na base de dados, investigando o perfil dos mesmos, e a contribuição do enfermeiro com ações de promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde.

1.4.2 Específicos

Identificar os artigos nacionais publicados no ano de 2010 a 2015 sobre a assistência de Enfermagem aos idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica em nos serviços de saúde da rede pública.

Analisar a produção científica de enfermeiros sobre a assistência de Enfermagem aos idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica em controle nos serviços de saúde.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. O IDOSO

Segundo o Artigo 1º das disposições preliminares do Estatuto do Idoso, é considerado idoso aquele indivíduo que possui idade igual ou superior a 60 anos.

Do mesmo modo, o IBGE (2011) utiliza a definição de idoso da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), e determina a população idosa como sendo aquela a partir dos 60 anos de idade, havendo uma distinção quanto ao local de residência, pois nos países desenvolvidos são considerados idosos os indivíduos a partir de 65 anos.

Conforme dados do IBGE (2002), considerando as tendências de redução da taxa de fecundidade e aumento da longevidade da população brasileira (relacionado aos avanços da biotecnologia), estima-se que nos próximos 20 anos a população idosa ultrapasse, no Brasil, os 30 milhões de pessoas, representando cerca de 13% da população total. Observa-se, portanto, um progressivo envelhecimento da população brasileira, pois enquanto em 1980 havia cerca de 16 idosos para cada 100 crianças, e atualmente, 25 anos depois existem quase 30 idosos para cada 100 crianças, ou seja, tal relação praticamente dobrou.

Esse crescimento da população de idosos também é um fenômeno mundial, sendo que se em 1950 havia 204 milhões de idosos no mundo, em 1998 já se verificava uma população idosa de 579 milhões, o que equivale a um crescimento de quase 8 milhões de idosos por ano. As projeções dadas pelo IBGE (2002) ainda indicam que em 2050, haverá uma população idosa mundial de 1900 milhão de pessoas, quantia equivalente à população infantil.

A Lei nº. 10.741, (2003), diz que é obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. Assim sendo, deverá promover a qualidade de vida do idoso de modo que alcance uma totalidade do ser no atendimento da atenção básica (ROCHA 2003, p. 45-56).

Segundo Zanini (2003, p.25)

A velhice deve ser entendida como uma etapa da vida, da mesma forma que temos a infância, a adolescência e a maturidade. São fases, etapas da vida, nas quais acontecem modificações que afetam a relação do indivíduo com o meio, com o outro e com ele mesmo.

Na concepção dos autores Schoueri Júnior, Ramos & Papaléo Netto (2014), pode-se entender o envelhecimento como um fenômeno sempre estudado e analisado como uma característica de países europeus, pois nessas regiões 28% da população apresenta idade superior a 75 anos. Porém, a partir da década de 50, ocorreu um crescimento expressivo da população idosa nos países de terceiro mundo. Quanto a isso Spirduso (2009, p.65) argumenta que:

O século XX foi palco de drásticas mudanças de demografia relacionadas à idade. Dados apresentados pela autora mostram que, em 1900, somente 4% da população mundial apresentavam idade igual ou superior a 65 anos. No ano 2000, projeta-se que 15 a 20% da população pertenceram a essa categoria.

De acordo com Pescatelloe Di Pietro, (2013) e Spirduso, (2009) desde 1940, tem crescido mais de 50%, a cada década, a população dos muito idosos (pessoas acima dos 85 anos). Schoueri Júnior *et al*, (2014) na América Latina, entre os anos de 1980 e 2000, a população idosa aumentou em 236% e o Brasil, em a sexta maior população idosa no mundo. Veras & Ramos (2007, p.23), “no Brasil, entre os anos de 1950 e 2025, o aumento da população idosa será da ordem de 15 vezes, enquanto o da população como um todo será de não mais que cinco vezes no mesmo período”.

No que tange ao conceito de velhice, o mesmo começou a ter maior nível de importância apenas depois do século XVIII. De acordo com Abreu, (2012, p.455) “Diante das necessidades de criar condições específicas para um maior conhecimento sobre a velhice surgiu a Gerontologia, ciência de caráter multidisciplinar que estuda todos os aspectos do envelhecimento (sanitário, sociológico, econômico, entre outros)”.

Atualmente, em decorrência do grande aumento da população de pessoas idosas, o envelhecimento tem atraído muitos pesquisadores e vem exigindo maiores entendimentos. Amorim, *et al* (2012, p. 59), enfatiza que;

A terceira idade, como faixa etária, denuncia a decorrência do tempo que apresenta como característica a irreversibilidade do processo de envelhecimento biológico determinado por um relógio genético e fatores ambientais. Inscreve-se no tempo entre o nascimento e a morte do indivíduo

Para se inserir uma pessoa na fase da terceira idade, o critério mais simples parece ser o cronológico, pois se torna difícil precisar o tempo de início desse processo. De acordo com Ferreira (2008, p. 667) “o significado da velhice traz em uma de suas conotações: desusado, antiquado; obsoleto é estado ou condição de velho e/ou rabugice”. Da mesma forma, (BENEDETTI, 2009, p.14) afirma que;

A expressão velho pode significar perda, deterioração, inutilidade, fragilidade, decadência, antigo, gasto pelo uso. Tais significados acabaram por criar uma concepção pejorativa a respeito da velhice, resumindo-a a estereótipos, preconceitos, mitos e rótulos sempre desabonadores.

Mais que uma fase cronológica, a faixa etária da pessoa idosa pode ser entendida como resultado e prolongamento de um processo; progressivo de mudanças, ligado à passagem do tempo. Vários são os exemplos a serem destacados no idoso nessa fase, como alterações na audição, na visão, diminuição da densidade óssea, atrofia celular (rugas), diminuição progressiva da velocidade de condução nervosa e da intensidade de reflexos, entres outros. De acordo com (PAPALÉO, 2007, p. 313):

Importante destacar que se cada pessoa apresenta uma forma de envelhecimento, então não torna-se possível conceituar a velhice simplesmente pelo referencial da cronologia, mas devem-se privilegiar, sobretudo, as alterações fisiológicas, celulares, teciduais, orgânicas e funcionais.

Farinatti (2012) entende serem três modos distintos e separados de medir a idade de alguém: a idade cronológica, a biológica e a psicológica, devido à complexidade de forças que operam dentro de um corpo que envelhece. O tempo não afeta uniformemente seu corpo, contudo; praticamente cada célula, tecido e órgão envelhecem dentro de seu próprio calendário, o que torna a idade biológica muito mais complexa do que a cronológica. (FARINATTI, 2012, p.23)

O envelhecimento é aparentemente muito geral e denuncia-se paradoxalmente muito pessoal: cada um envelhece de acordo com sua história, sua cultura, experiências, seu estado de espírito, seu poder socioeconômico e, principalmente, de acordo com a velocidade do declínio de suas funções fisiológicas (FERRARI, 2009, p. 197).

A idade biológica, freqüentemente não coincide com a idade cronológica, nem com as demais construções sociais a respeito de velhice. De acordo com(GIANI 2012, p.11)

A idade biológica tem seus limites, mostra-se muito mais complexa, pois ela não afeta uniformemente o corpo; praticamente cada célula, tecido e órgão envelhecem respeitando um calendário muito peculiar, em que há um esgotamento da reserva orgânica do indivíduo. No processo de envelhecimento em nível morfológico, as transformações resultam das origens histológicas que se alteram no de correr do tempo.

Torna-se relevante destacar que pode haver limitações funcionais em ritmos diferentes, mas é difícil defini-las, pois o que para uns constitui doença e limitação, para outros é um mero incômodo que não os impede de desempenhar os mesmos papéis que qualquer ser desempenha normalmente na vida adulta. (NAHAS, 2011).

No que concerne à idade psicológica, a mesma está presente em campo mais flexível, subjetivo, que para Farinatti (2012, p.35) “Não existem duas pessoas psicologicamente classificadas com a mesma idade, porque não existem duas pessoas dotadas de idêntico acervo de experiências e reações diante dos problemas”.

Muitas pessoas sentem-se velhas, mesmo que o espelho não denuncie o passar dos anos, caracterizando o entendimento que o envelhecimento é muito relativo. A idade pode ser determinada, aparentemente, com o modo de vida que cada indivíduo leva, da forma como encara a vida e os problemas. Assim, de acordo (NAhas, 2011, p. 15):

Com ela pode ser definida também pela sensação de bem-estar constante ou pela dolorosa e estressante perda da alegria de viver ante a sensação de inutilidade da contribuição que poderia oferecer, ou, ainda, pela busca de meios para estabelecer relacionamentos que tragam a alegria de viver.

Assim sendo, é necessário entender o idoso integrado a um setor social e capaz de participar ativamente de sua comunidade. Em decorrência, as questões da velhice assumem dimensões que são reveladas nos aspectos demográficos, sociais e econômicos.

De acordo com as estatísticas, o Brasil deixará de ser um país de jovens, sendo interessante reconhecer que, quanto mais idosa uma população, maior será o número de dependente economicamente, o que impõe a necessidade de políticas públicas sociais mais efetivas, para garantir a dignidade e qualidade de vida dos cidadãos da terceira idade. (NAHAS, 2011).

Em seu art. 230, a Constituição Federal de 1988 afirma que “o Estado e a família têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar, e garantir-lhes o direito à vida”.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjunto de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária a saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidade sanitária econômica por esta população.(BRITO, 2007).

Dessa definição emergem os conteúdos básicos das redes de atenção a saúde: apresenta missão e objetivos comuns, operam de forma cooperativa e interdependente; intercambio constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção à saúde. São igualmente importantes e se relacionam horizontalmente; implicam um contínuo de atenção nos níveis primários, secundários e terciário, convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funciona sobre a coordenação da atenção primária a saúde.

As redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. (BRITO. F.2007)

2.2. A FISILOGIA DO ENVELHECIMENTO

Durante as etapas do envelhecimento, de acordo com os autores Rossi e Saderapud Freitas *et al.* (2012), acontecem muitas modificações anatômicas como as do sistema osteoarticular, que causam redução na estatura, aproximadamente 1 a 3 cm a cada década. Quando chega-se aos 50 anos de idade inicia-se a atrofia óssea, ou seja, a perda de massa óssea que poderá levar as fraturas.

No que tange a cartilagem articular, a mesma torna-se menos resistente e menos estável sofrendo um processo degenerativo e também uma diminuição lenta e progressiva da massa muscular. Há também, a substituição gradativa do tecido por colágeno e gordura. No idoso, essas alterações geram a piora do equilíbrio

corporal, reduzindo, desta forma, a amplitude dos movimentos e modificar a marcha.(HUGHES *ET AL.*, 2014).

Na fase da terceira idade, há modificação na atividade celular e na medula óssea, ocasionando reabastecimento inadequado de osteoclastos e osteoblastos, além do desequilíbrio no processo de reabsorção e formação óssea, resultando em perda óssea. De acordo com (HUGHES *ET AL.*, (2014, p.45);

Há também uma incidência de idosos que ganham peso pelo aumento do tecido adiposo e perda de massa muscular e óssea. A distribuição da gordura corporal se acentua no tronco e menos nos membros. Dessa forma, a gordura abdominal eleva o risco para doenças metabólicas, sarcopenia e declínio de funções.

Na opinião de Matsudo *et al.* (2010), a elevação da gordura corporal total e a redução do tecido muscular ocorrerem principalmente, pois a diminuição da taxa de metabolismo basal e do nível de atividade física.

As evidências são muitas e sugerem que adultos mais velhos têm mais dificuldade de assimilar novas informações, e habilidades de raciocínio diminuídas. Em geral, os idosos são mais lentos para responder algumas tarefas cognitivas, e são mais suscetíveis ao rompimento da informação que adultos mais jovens. (PARK *et al.*, 2011, p.34).

Na concepção de Pasi (2006) as mais relevantes alterações na estrutura e funcionamento cerebral, podem-se destacar: a atrofia (diminuição de peso e volume), hipotrofia dos sulcos corticais, redução do volume do córtex, espessamento das meninges, redução do número de neurônios e diminuição de neurotransmissores.

Outras alterações que ocorrem na terceira idade é a degeneração da estrutura do olho, causando a diminuição visual, aumento da sensibilidade à luz, perda da nitidez das cores e da capacidade de adaptação noturna. A deterioração visual se deve a modificações fisiológicas e alterações mórbidas. Os transtornos mais comuns que afetam os idosos são a catarata, a degeneração macular, o glaucoma e a retinopatia diabética (PASI, 2006).

No que concerne as na estrutura e funcionamento cardiovascular, destaca-se o aumento de gordura, espessamento fibroso, substituição do tecido muscular por tecido conjuntivo, calcificação do anel valvar

De acordo com Souza *et al.* (2007), a terceira idade relaciona-se a alterações estruturais cardíacas, em que as paredes do ventrículo esquerdo aumentam de espessura, e ocorre depósito de colágeno, da mesma forma, a aorta se torna mais rígida.

Ocorre acúmulo de gordura nas artérias (aterosclerose), perda de fibra elástica e aumento de colágeno. Assim sendo, a função cardiovascular fica prejudicada, diminuindo a resposta de elevação de frequência cardíaca ao esforço ou estímulo, aumentando a disfunção diastólica do ventrículo esquerdo e dificultando a ejeção ventricular. Ocorre também a diminuição da resposta às catecolaminas e a diminuição a resposta vascular ao reflexo barorreceptor. Há maior prevalência de Hipertensão arterial sistólica isolada com maior risco de eventos cardiovasculares (PASI, 2006, p.36).

Quando o envelhecimento faz-se presente, as modificações determinadas pelo mesmo atingem desde os mecanismos de controle até as estruturas pulmonares e extra-pulmonares que participam do processo de respiração.

A musculatura da respiração enfraquece com o progredir da idade. Isso ocorre devido ao enfraquecimento dos músculos esqueléticos somado ao enrijecimento da parede torácica, resultando na redução das pressões máximas inspiratórias e expiratórias com um grau de dificuldade maior para executar a dinâmica respiratória (CARVALHO; LEME, 2012, p.63).

Outra característica pertinente essa fase é o aumento da rigidez na parede torácica, calcificação das cartilagens costais e redução do espaço intervertebral. Já quanto ao funcionamento do Sistema Respiratório há uma redução da força dos músculos respiratórios, redução da taxa de fluxo expiratório e redução da pressão arterial de oxigênio.

De acordo com Gorzoni e Russo (2006, p.38) o único músculo que parece não costuma ser afetado pelo envelhecimento é o diafragma que, no idoso, apresenta a mesma massa muscular que indivíduos mais jovens.

Para Alencar e Curiati (2012, p.54), “o sistema digestório, assim como os demais sistemas, sofre modificações estruturais e funcionais com o envelhecimento. As alterações ocorrem em todo trato gastrointestinal da boca ao reto”.

Entre tantas modificações na condição do idoso desenvolvem-se as patologias infecciosas e alguns tipos de cânceres. E estes problemas podem estar associados com a diminuição gradual das funções do sistema imunológico. A deterioração da função imunitária associada ao processo de envelhecimento se denomina imunosenescência, que contribui de maneira importante a maior

morbimortalidade observada em adultos mais velhos, com maior incidência de infecções do trato respiratório e urinário.

2.3. O PROGRAMA DO HIPERDIA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Hiperdia: sistemas informatizados de cadastro e acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes Mellitus.

O Hiperdia: Nos permite quantificar os pacientes por patologia, sexo, faixa etária, raças, tabagismo, sedentarismo, peso, obesidade, antecedentes familiares, sequelas, Absenteísmo.

Uso Hiperdia na atenção básica, hipertensão arterial apresentando a maior magnitude elevado numero de consultas de rotinas, de emergência e urgência, alta demanda por especialistas e internações hospitalares, grades números seqüelados: necessitando visitas domiciliares (ESF. EACS. PAD E PID).

Conhecer o numero de portadora de hipertensão arterial e diabetes através de que sistemas informatizados para obter essas informações, SIAB- Sistema de Informações da atenção Básica.

Ficha A: dados referidos pela família não confirmados muitas vezes.

Ficha B: Diagnósticos confirmados através das informações da família, UBS ou outros serviços.

Ficha SSA2: Contendo o numero de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados.

Ficha PMA2: contendo o dado da patologia pela qual foi prestado o atendimento.

Problemas encontrados com o uso do CIAB:

Ficha A sem valor epidemiológico,(dados referidos sem confirmação)

Ficha B: paciente portadores das duas patologias hipertensão e diabetes com duas fichas B , impossibilidade de se quantificar exatamente o numero de pacientes ausência das informações.

Ficha SSA2: as mesmas dificuldades referidas na ficha B.

Ficha PMA2: permitindo apenas a avaliar o percentual de atendimento para hipertensão arterial e diabetes.

Como cadastrar no Hiperdia?

Em áreas em que dispomos de agentes comunitários de saúde, preenchimento do cabeçalho da ficha de cadastro pelo ACS e os demais dados pelo

enfermeiro. Áreas sem ACS poderão cadastrar conforme se der ao comparecimento dos portadores de hipertensão arterial e diabetes aos serviços.

2.3.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL

Durante o século XX, nos países ocidentais desenvolvidos, as doenças cardiovasculares (DC) configuraram como as de maior de todas as endemias e, pelo aumento rápido da incidência do infarto do miocárdio, têm sido consideradas como epidemia progressiva. Porém, esse contexto ainda continua a ser uma realidade no presente século, ocupando o primeiro e segundo lugares como causa de morte.

Uma das alternativas para combater e reduzir a mortalidade por doença arterial coronariana está o tratamento da hipertensão arterial, a redução das freqüências de tabagismo e do sedentarismo e o declínio dos níveis médios de colesterol sérico.(CICCO,2007)

Na concepção de Cicco, (2007) a hipertensão arterial, mais popularmente chamada de "pressão alta", está relacionada com a força que o coração tem que fazer para impulsionar o sangue para o corpo todo. No entanto para ser considerado hipertenso, é preciso que a pressão arterial além de mais alta que o normal, permaneça elevado.

A Sociedade Brasileira de Hipertensão conceitua a hipertensão arterial como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular), sendo considerada, por isso, entidade clínica multifatorial.

Com o aumento cada vez maior da frequência das mesmas, torna-se relevante e necessária explicação adequada e convincente sobre a importância da hipertensão arterial e de suas complicações na população. Sendo para prevenção importante conhecer a epidemiologia dessa doença, seus determinantes e sua distribuição nas diversas sociedades. (CICCO, 2007).

Sarmiento (2014) expõe o estudo de *Framingham*, que se realizou nos EUA. Este estudo iniciou-se em 1948 com a investigação sobre a prevalência e incidência, além da causa das DC. No mesmo estudo, descreveu-se as diferenças entre os perfis de risco para 5.070 homens e mulheres com idade entre 35 e 64 anos, inicialmente sem doença e que desenvolveram alguma manifestação de doença cardiovascular durante 30 anos de acompanhamento.

Em 1959, obteve-se a primeira informação a esse respeito e que veio a contribuir para o entendimento das principais causas da doença arterial coronariana (DAC). Esta condição veio a expor que a mesma pode ser evitada e reduzida se controlados os fatores de risco como hipertensão arterial, tabagismo e dislipidemia. Também, mostrou-se que a pressão arterial sistólica elevada contribuiu mais significativamente para o risco da DAC, tornando assim o determinante para acidente vascular cerebral (AVC) e acidentes isquêmicos transitórios (AIT).

Já no ano de 1971 incluiu-se em Framingham outro aspecto, no qual 5.143 pessoas foram acompanhadas durante 20 anos, objetivando avaliar os riscos da hipertensão para instalação da ICC. Nesse estudo mostra-se que houve, dentre essas pessoas, 392 casos novos da ICC, e que em 91% dos casos, a hipertensão antecedeu essa insuficiência.

No que concerne a pressão arterial elevada Smeltzer e Bare (2006) argumentam que uma vez identificada, a mesma deve ser monitorada a intervalos regulares, pois a hipertensão é uma condição para o resto da vida. Tendo como meta do tratamento evitar a morte e as complicações ao atingir e manter a pressão arterial mais baixa que 140/90 mmHg.

De acordo com Almeida (2014) toda mudança requer um processo educativo, e esse se dá de uma forma lenta e deve ser contínuo. Assim, as ações desenvolvidas pelos profissionais que trabalham com esses pacientes, devem atender às necessidades de cada um, à medida que se tenta manter o tratamento por longo período.

Para Souza (2003) O profissional, em sua atuação de prevenção, deve procurar conhecer a história do paciente individualmente, de forma a elaborar estratégias que possam contribuir para adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, sendo importante neste último o treinamento resistido.

De acordo com dados do ministério da Saúde (2012), a prevalência estimada de hipertensão no Brasil atualmente é de 35% da população acima de 40 anos. Isso representa em números absolutos um total de 17 milhões de portadores da doença, segundo estimativa de 2011 do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). Cerca de 75% dessas pessoas recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na Atenção Básica.

Na concepção de Orquiza (2007) o diagnóstico da hipertensão arterial é estabelecido pelo encontro de níveis tensionais acima dos limites superiores da

normalidade (140/90 mmHg) quando a pressão arterial é determinada através de metodologia adequada e em condições apropriadas.

A elevação prolongada da pressão arterial lesiona os vasos sanguíneos por todo o corpo, principalmente em órgãos-alvo, como o coração, rins, cérebro e olhos, além de provocar espessamento e perda de elasticidade das paredes arteriais e aumento da resistência vascular periférica nos vasos acometidos. As consequências usuais da hipertensão descontrolada prolongada são o infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e renal, acidentes vasculares cerebrais e visão prejudicada. O ventrículo esquerdo do coração pode ficar aumentado (hipertrofia ventricular esquerda), à medida que age para bombear o sangue contra a pressão elevada. (SMELTZER E BARE, 2006).

A HAS provoca sintomas quando os órgãos-alvo tendem a não suportar as alterações que sofreram para se adaptar aos níveis tensionais elevados. Dessa forma, estas alterações não são precoces, pois tem seu gatilho geralmente após mais de dez anos de presença da doença através de complicações graves. Este quadro justifica-se devido a evolução assintomática que a HAS apresenta. De acordo com o mesmo autor uma conduta preventiva pode ser conseguida mediante o diagnóstico precoce e o tratamento da HAS.

A adesão ao tratamento pode ser caracterizada como o grau em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas de acompanhamento, coincide com o conselho médico ou de saúde.

Vários fatores podem dificultar a adesão do paciente: doença, tratamento, aspectos sócio-econômicos, ocupação, estado civil, religião, crenças de saúde, família, hábitos de vida e culturais devem ser considerados (SARMENTO, 2014).

Sendo um parâmetro fisiológico que varia amplamente entre as populações, a pressão arterial, difere entre os diferentes indivíduos e no mesmo indivíduo em diferentes situações. Ou melhor, explicando, Fisiologicamente a pressão arterial pode ser determinada pela razão entre o débito cardíaco e a resistência periférica. Estas duas variáveis estão relacionadas a dezenas de outras variáveis neuroendócrinas, metabólicas, genéticas, nutricionais, de função cardíaca e renal, neuropsíquicas e estas se relacionam a inúmeras outras variáveis antropométricas, sociais, raciais, de hábitos nutricionais e de vida.

Muito se tem publicado sobre os efeitos perniciosos da hipertensão arterial, nas últimas décadas, sobretudo seu impacto, juntamente com outros fatores de risco, sobre a morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares.

A hipertensão aumenta o risco de coronariopatias, acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos, isquêmicos e trombóticos, síncope, morte súbita, insuficiência cardíaca com ou sem miocardiopatia hipertensiva, aterosclerose, rotura de aneurismas, distúrbios oftalmológicos e insuficiência vascular periférica.

O diagnóstico da hipertensão arterial exige a caracterização da persistência de níveis elevados de pressão arterial. Para isso é essencial que sejam feitas várias medidas em visitas e oportunidades diferentes, tomando-se os cuidados necessários para obtenção de repouso e relaxamento necessários. Tenta-se desta forma estabelecer qual são a pressão arterial "habitual" do paciente, o que constitui uma base mais sólida para definição de diagnóstico e condutas que os valores obtidos de medidas "casuais" da pressão arterial. (SMELTZER E BARE, 2006).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. De acordo com o caderno de atenção básica (2012, p.9). A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações.

2.4. CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A enfermagem é uma profissão caracterizada pela predominância de suas atividades no ato de cuidar. As alternativas para cuidar são muitas e cabe ao enfermeiro por meio de seus conhecimentos e habilidades delimitar a forma mais adequada a cada situação apresentada. (KRUG, SOMAVILHA, 2014).

Cuidar é um verbo cuja ação se exprime, entre outros modos possíveis, na transitividade relacional que ocorre entre, no mínimo, duas pessoas presentes na

situação e no ambiente de cuidado: uma pessoa que assume o papel de cuidador, e outra pessoa que assume o papel de ser cuidado (GARCIA, 2006).

O verbo cuidar, quando empregado com o sentido denotativo ou discursivo de zelar pelo bem-estar ou pela saúde de alguém, tratar da saúde de alguém (Michaelis, 1998), indica uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para a realização do cuidado; ou seja, indica um processo de trabalho que ocorre (consciente ou inconscientemente) através da adoção de um determinado modo de fazer, fundamentado em algum modo de pensar.

Priorizar o cuidado do outro como cuidar de si mesmo implica sentir-se cuidado enquanto cuida, entendendo e compreendendo o outro com empatia; priorizar o outro é um ato de dedicação afetiva.

De acordo com Carvalho (2013), o cuidado é uma parte integrante da vida. Nenhum ser humano é capaz de sobreviver sem cuidado. Historicamente, o homem sempre teve a necessidade de ser cuidado, desde seu nascimento até seus instantes finais, estendendo também os cuidados a tudo que contribui para sua sobrevivência, como o provimento de seu alimento, água, o abrigo, entre outras necessidades.

Cuidar com empatia é entender a situação do outro, ver-se no lugar dele e sentir-se em proximidade e igualdade; envolvimento também atenção às necessidades físicas e psíquicas do ser cuidado (COSTA, 2014).

Segundo Waldow(2007), o cuidado consiste de esforços transpessoais de ser humano para ser humano no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrarem significado da doença, sofrimento e dor, bem como na existência. É ainda ajuda a outra pessoa a obter autoconhecimento, controle e autocura, quando um sentido de harmonia interna é restaurada, independentemente de circunstância externas.

Tem como competência presta assistência a pacientes com câncer na avaliação diagnóstica tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares. Além dessas, ele desenvolve ações educativas, ações integradas com outros profissionais, apóia medidas legislativas e identifica fatores de risco ocupacional, na prática da assistência ao paciente oncológico e também sua família. (DAL SASSO, 2009).

A enfermagem é a principal responsável para desempenhar a tarefa de cuidar, pois é ela quem está mais próxima da família, passando mais tempo com a mesma. (MARCON, 2008)

3.METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDO

O estudo objetivou buscar publicações sobre cuidados em idosos com hipertensão arterial sistêmica atendidos na rede de atenção à saúde, tendo como alicerce uma revisão integrativa. Esta realiza-se a partir de fontes secundárias, através de levantamento bibliográfico, em que pesquisas publicadas são resumidas, gerando conclusões gerais sobre o tema de interesse (TAVARES, 2009).

Na concepção de Lopes (2010), este método inclui a análise sistematizada e síntese dos resultados da investigação sobre o tema. O método utilizado na elaboração do presente estudo foi de abordagem qualitativa, em que foca no caráter subjetivo do objeto analisado, estudando as suas particularidades e experiências individuais.

Marconi e Lakatos (2010) explicam que a abordagem qualitativa se trata de uma pesquisa que tem como premissa, analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano e ainda fornecendo análises mais detalhadas sobre as investigações, atitudes e tendências de comportamento.

Logo, o pesquisador teria que observar os diversos jogos de linguagem (Oliveira, 2001), que se constituem como diversos contextos, para fazer a leitura – compreender e interpretar – das dinâmicas presentes ou mesmo ‘não ditas’ na pesquisa qualitativa.

Em decorrência do grande volume de publicações científicas, a RIL, surge como um instrumento que possibilita o acompanhamento das pesquisas, apresentando a síntese do conhecimento produzido sobre um tema específico, tendo como referência pesquisas já realizadas. De acordo com Mendes *et al* (2008), a RIL, é o resultado de uma análise ampla da literatura, onde se discute os métodos e os resultados dos estudos.

De acordo com Teixeira (2013) as etapas obedece a seguinte ordem: 1- elaboração da pergunta norteadora; 2- a busca de publicações sobre o tema; 3- coleta de dados; 4- A análise crítica dos estudos incluídos; 5- os autores processam e fazem as discussões dos resultados e a 6- apresentação da revisão integrativa.

Dessa forma, o processo metodológico possibilitou a aplicação, análise e conclusão dos dados de forma mais aproximada da realidade. É um estudo do tipo revisão de literatura, envolvendo uma extensa revisão de artigos científicos, sobre o tema, objetivando descrever estudos de hipertensão arterial sistêmica em idosos atendidos na rede de atenção à saúde, entre 2010 a 2015. O método teve como base o levantamento e análise na base de dados de produção científica nacional de artigos, entre os anos de 2010 a 2015, caracterizando estudo de revisão de literatura ou bibliográfica.

Segundo Gil (2002) a pesquisa bibliográfica, é desenvolvida com base material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, as pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas, são em grandes números e podem ser assim classificadas: em livros, publicações, jornais, revistas, obras literárias entre outros.

A revisão integrativa é aquela que se realizarem a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, com livros, artigos, teses etc. Utiliza-se de dados ou de categorias teóricas de trabalhos elaborados por outros pesquisadores. (SEVERINO, 2007). De acordo com Minayo (2013, p.6);

“ as etapas da pesquisa, tudo merece ser entendido como fenômeno social e historicamente condicionado: o objeto investigado; as pessoas concretas implicadas na atividade;.Partindo desse pressuposto, o pesquisador adentra na etapa de análise do material qualitativo com a premissa de que é necessária a superação da análise espontânea e literal dos dados”

Após a busca e seleção do material, realizamos leitura e análise dos artigos para a construção do atual estudo, bem como a classificação dos estudos encontrados. Dessa forma, o presente trabalho foi de base qualitativa, tendo como ancora uma análise bibliográfica, objetivando atingir o resultado de acordo com os objetivos traçados no estudo.

3.2. LOCAL E COLETA DOS ARTIGOS

Os textos utilizados neste estudo foram coletados por meio de busca eletrônica em banco de dados de biblioteca científica, especificadamente, BIREME, BVS, através dos quais foi possível consultar as seguintes bases de dados: SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*); Medline Literatura Internacional em Ciências da Saúde, Periódicos da CAPES, Instituto Nacional de e Biblioteca Virtual da Saúde- e BIREME, Livros bibliográficos.

3.3. CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os seguintes critérios foram estabelecidos para nortear a inclusão dos artigos:

- Artigos científicos que abordaram a temática da hipertensão arterial;
- Artigos publicados em periódicos nacionais;
- Artigos publicados na língua portuguesa.
- Artigos que continham texto completo disponível na base de dados.

Os seguintes critérios foram estabelecidos para nortear a exclusão dos artigos:

- Artigos científicos que não abordavam a temática da hipertensão arterial;
- Artigos publicados com outro idioma que não fosse o português (línguas estrangeiras).
- Artigos que não disponibilizavam textos completos.

Os dados foram coletados, e posteriormente analisados e discutidos, com base no referencial teórico utilizado.

3.4. COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados entre os períodos de setembro a outubro de 2016, momento em que foram intensificadas a busca nas bibliotecas virtuais, objetivando analisar 05 artigos que subsidiaram o estudo. Após a leitura detalhada de cada artigo, foram construídas as suas sínteses, a partir das características e da análise da essência de cada um deles, conforme explicado no instrumento de coleta de dados.

3.5. INSTRUMENTO DECOLETA DE DADOS

O instrumento para a coleta de dados foi composto pelas características de identificação dos artigos, as quais se citam: o título da obra, o ano da publicação, o periódico indexado, o número dos autores, a titulação do primeiro autor e os descritores. Para a coleta de dados, foi utilizado o instrumento proposto e validado por Ursi em 2005 (URSI, 2005). Os artigos foram selecionados por seu título e resumo, que estavam em relacionados com o objetivo do estudo e em conformidade com os critérios de exclusão. Os mesmos, foram analisados e resumidos de forma descritiva.

3.6. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados neste estudo foram apresentados em duas seções. A primeira expõe as características dos artigos capturados, tais como ano de publicação, número de autores e os títulos dos periódicos consultados, já a segunda seção apresenta a síntese de cada um dos artigos pesquisados, contendo tipo do estudo, objetivo, amostra, local da sua realização, tipo de instrumento utilizado bem como seus principais resultados e conclusões.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Deve-se ter como valores imprescindíveis a ética e a moral nas representações sociais, a fim de alcançar o aperfeiçoamento e a humanização da assistência prestada ao paciente, sendo a Ética uma nova proposta na análise das questões morais dos grupos sociais. O conhecimento e a compreensão da ética permitem ao enfermeiro exercer com competência, resolutividade e segurança o seu papel profissional na sociedade.

No que tange a prática no exercício da Enfermagem, a mesma estar baseado em valores morais da profissão, em seu código de ética e nos direitos do paciente hospitalizado, integrando cuidado humano qualificado, guiado pelo respeito e pela promoção do paciente como um protagonista e sujeito do cuidado. Conclui-se, portanto, que é imprescindível a incorporação de aspectos éticos e legais na vivência profissional do enfermeiro, contribuindo para uma assistência completa e de qualidade.

4.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro I demonstrativo de artigos selecionados na base de dados distribuídos por ano de publicação e autores dos artigos em estudo

Nº	NOME DO ARTIGO	AUTORES	ANO	BASE DE DADOS
1	PERFIL DOS HIPERTENSOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CIDADE NOVA 8, MUNICÍPIO DE ANANINDEUA-PA.	:Leidian Coelho de Freitas, Gizele Moreira Rodrigues, Fernando Costa Araújo, Elias Bruno Santana Falcon,Narjara Fontes Xavier, Edna Lamar da Costa Lemos6, Carla Andréa Avelar Pires.	2015.	Utilizado: estudo foi do tipo observacional, transversal, descritivo e de natureza quantitativa. B.D: web
2	PERFIL DO PACIENTE IDOSO ATENDIDO NO PROGRAMA HIPERDIA DO CENTRO DE SAÚDE DOIS DE ABRIL DO MUNICÍPIO DE JI – PARANÁ/RO.	Janaína Moreira de Souza	2012.	:Estudo descritivo, transversal, quali-quantitativo. B.D: web.
3	PERFIL DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA HIPERDIA EM UMA UNIDADE DE BÁSICA SAÚDE EM GUANAMBI-BA.	Juciane Oliveira Brito,Lilliam Paes Sena, Raimundo Nonato Faria.	2011.	pesquisa de caráter descritivo e quantitativo. B.D: web.
4	PERFIL DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS CADASTRADOS E ACOMPANHADOS POR UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO LESTE MINEIRO.	Alice Polliana Rocha Pereira, Maria Isabel Carvalho Barreto,Sabrina Gonçalves Meirelles de Oliveira,Selisvane Ribeiro da Fonseca Domingos.	2012.	Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo. B.D: web.
5	CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL EM IDOSAS HIPERTENSAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E FATORES ASSOCIADOS.	:MaisaBastosMoroz,Ana Claudia GarabeliCavalli,Kluthcovsky ,Marcelo, DerbliSchafranski	2015.	Estudo transversal, com análise de dados de prontuários. B.D: web.

Em análise sobre a produção científica nacional dos artigos, visto no estudo em cinco artigos, sobre HAS, contidos na base de dados entre os anos de 2010 a 2015, procurando responder sobre o perfil dos idosos com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Atenção Básica à saúde, a partir do levantamento nas base de dados e entender sobre a importância e a contribuição do profissional enfermeiro da unidade básica de saúde no atendimento.

O primeiro artigo, cujo tema é “Perfil do paciente idoso atendido no programa hiperdia do centro de saúde dois de abril do município de Ji – Paraná/RO”, teve como objetivo investigar o perfil dos pacientes idosos hipertensos atendidos no Programa HIPERDIA do município de Ji–Paraná/RO, onde a população estudada foi de 184 pacientes hipertensos cadastrados no Centro de Saúde Dois de Abril.

Neste estudo, houve a coletados dados sobre sexo, idade, cor (etnia), sedentarismo, dentre outras, com o intuito de traçar um perfil da população em estudo. Foi utilizado como parâmetro para a coleta de dados, um questionário semi-estruturado contendo 20 perguntas, caracterizando o estudo descritivo, transversal, quali-quantitativo.

O segundo artigo tem como tema o “Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA”, e o objetivo central foi caracterizar o perfil clínico epidemiológico dos hipertensos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família do município de Ananindeua, Pará.

A característica metodológica fundamentou-se em um estudo observacional, transversal, descritivo e de natureza quantitativa, em que os dados, foram coletados por meio da aplicação de um questionário em visitas domiciliares, tendo como amostra 124 hipertensos.

No terceiro artigo, cujo tema é “Perfil dos usuários do programa hiperdia em uma unidade de básica saúde em Guanambi-ba” avaliou o perfil dos usuários do programa Hiperdia em uma Unidade Básica de Saúde de Guanambi-Bahia, procurando por intermédio do programa Hiperdia acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ ou *Diabetes Mellitus* que são atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS. A amostra foi composta por 32 prontuários de pacientes que fazem acompanhamento regular do Hiperdia na Unidade Básica de Saúde onde se deu a investigação.

No quarto artigo, “o perfil dos usuários hipertensos cadastrados e acompanhados por uma unidade de saúde da família de um município do interior do

leste mineiro”, tratou-se de um estudo descritivo e retrospectivo que teve como objetivo caracterizar o perfil dos usuários hipertensos cadastrados e acompanhados por uma Unidade de Saúde da Família de um município do interior do leste mineiro. Os dados foram coletados no período de junho a agosto de 2007, através de 170 fichas do HIPERDIA, programa de atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde.

No quinto e artigo, que tem como tema “Controle da pressão arterial em idosas hipertensas em uma Unidade de Saúde da Família e fatores associados”, teve como objetivo analisar o controle da pressão arterial em idosas hipertensas acompanhadas em uma Unidade de Saúde da Família e os fatores associados, tendo como método o estudo transversal, com análise de dados de prontuários de 190 idosas hipertensas.

Como resultado dos referidos artigos analisados, concluiu-se que no primeiro estudo a maioria dos idosos concentrou-se entre mulheres, maior proporção de sobrepeso ou pré-obeso no sexo masculino; 35,86% das mulheres habitualmente não aferem pressão enquanto 24,45% dos homens não aferem. A realização do primeiro estudo relata, de forma significativa, a importância de se traçar um perfil do paciente portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS).

No segundo estudo que teve como amostra 124 hipertensos analisados, conclui-se que 70,16% eram idosos (idade média de 64,9 anos); 66,13% mulheres; 54,84% casados; 77,42% pardos; 39,52% possuem o ensino fundamental incompleto; 34,68% pertencem à segmentação econômica C2, equivalente a R\$ 933,00; 34,68% estavam com a pressão controlada. Entre os problemas de saúde relatados, destacam-se inchaço/ dores nas pernas (41,13%); diabetes (33,06%); dislipidemia (33,06%). O IMC médio foi de 27,84, e observou-se associação significativa entre tabagismo e aumento dos níveis de pressão arterial. Os resultados sugerem a necessidade de se implementar ações de promoção à saúde, direcionadas para a educação na prevenção dos fatores de risco.

Já no terceiro artigo analisado, obtiveram-se como resposta que o gênero de maior prevalência foi do no sexo feminino (81%), e de maior etnia em pardos (50%), os valores glicêmicos e níveis de Pressão arterial dos meses de março, abril e maio.

No quarto estudo, a análise dos dados mostrou que dos indivíduos estudados, 11 (65,29%) eram do sexo feminino e 59 (34,71%) do sexo masculino. Com relação à faixa etária 56,4% tem entre 50 e 69 anos. Quase 50% das mulheres e dos

homens mencionaram ser brancos e apenas, 7.14% e 13.80% negros respectivamente. A análise da variável escolaridade mostrou que 43.75% das mulheres não sabem ler e escrever, contra 32.75% dos homens. A maioria dos homens (50%) referiu ser alfabetizado, contra 35.71% das mulheres. Houve associação da hipertensão arterial com os seguintes fatores de risco: antecedentes familiares cardiovasculares, Diabetes Mellitus Tipo II, sobrepeso/obesidade e sedentarismo. Com relação às complicações, observou-se que a doença renal teve relevância significativa. A idade, a altura e o IMC tiveram associação significativa com a Hipertensão Arterial. Já a Pressão Arterial Sistólica, a Pressão Arterial Diastólica, a circunferência da cintura e o peso não tiveram valor significativo nessa correlação.

No quinto e último estudo, das 190 pacientes em acompanhamento, 108 (56,8%) apresentavam a pressão arterial controlada. Na análise de regressão logística, as variáveis possuir mais de 70 anos ($p = 0,033$) e residir na área mais afastada da unidade de saúde ($p = 0,002$) estiveram associadas ao não controle da pressão arterial. Conclusão, embora o percentual de controle da pressão arterial seja elevado na população estudada quando comparado com dados da literatura, medidas devem ser implantadas para o aumento desse percentual, para evitar futuras complicações.

Com o objetivo de controlar e amenizar as consequências dessa grave situação de saúde pública é necessário uma reorganização da atenção básica, tendo como estratégias principais a prevenção dessas doenças, suas complicações e a promoção da saúde, objetivando assim uma melhor qualidade de vida. E acredita-se que com os dados deste estudo, os mesmos poderão possibilitar a tomada de decisões no contexto da atenção a Saúde da Família e direcionar as ações em saúde para a promoção, prevenção e tratamento dos usuários hipertensos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial Sistêmica -HAS constitui o principal fator de risco para as doenças crônicas não transmissíveis entre as mesmas temos as cardiovasculares. O Plano de Reorganização da Atenção à HAS é a maior proposta já realizada no Brasil e terá um importante impacto na redução da morbimortalidade junto a população entre estão os idosos.

Os perfis epidemiológicos da hipertensão arterial sistêmica impõem-se como grave problema de saúde pública em nosso país, com estimativas que indicam a existência de mais de 25 milhões de brasileiros portadores dessa patologia.

Para o enfrentamento desta situação há necessidade de que as ações de prevenção e controle sejam implementadas em todos os níveis. A assistência médica adequada e o controle rigoroso destas patologias podem prevenir ou retardar o aparecimento das complicações agudas e crônicas, através de medidas preventivas e curativas, relativamente muito importante as mudanças no estilo de vida da população .

Medidas como a mudança do estilo de vida, com redução do excesso de peso, restrições dietéticas de sódio e atividade física regular são fundamentais para o controle pressórico, além de atuarem favoravelmente sobre a tolerância à glicose e o perfil lipídico.

Para prevenir as doenças cardiovasculares, responsáveis pela principal causa de morbimortalidade na população brasileira, o Ministério da Saúde, implantou em todos os níveis de atenção, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, cujo objetivo é vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático.

Nos artigos analisados pode-se dizer que torna-se importante se traçar o perfil do paciente idoso hipertenso, produzindo ferramentas que possibilitem aos profissionais de saúde, um melhor preparo, afim de que se promova, com maior eficiência, a saúde tanto na prevenção de agravos, quanto no tratamento. Entretanto, outra importante questão é que o profissional de enfermagem deve ainda auxiliar o paciente idoso no encontro de soluções frente a momentos de fragilidade; visando à melhoria da qualidade devida no domicílio, com autonomia e independência.

Mostra-se também, a necessidade de uma reestruturação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), tornando-se mais eficaz o atendimento e os serviços prestados a esta população.

REFERÊNCIAS

ABREU, FMC; DANTAS, EHM; LEITE, WOD; BAPTISTA, MR & ARAGÃO, J C B. **Perfil da autonomia de um grupo de idosos institucionalizados**. Fórum Brasileiro de Educação Física e Ciências do Esporte. Revista Mineira de Educação Física, v. 10, p. 455, 2012.

ALENCAR, Y. M. G.; CURIATI, J. A. E. **Envelhecimento do aparelho digestivo**. In: PAPALÉO NETO, M.; CARVALHO FILHO, E. T. Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 311-330.

AGUILAR, Dr. Edson, Perez. **O Programa do Hiperdia Na Atenção Básica de Saúde**. http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caderno_ab.php.

ALMEIDA, K.M.S. **Compreensão dos hipertensos sobre sua doença e motivação para o autocuidado em um grupo do PSF no município de Nova Cruz- RN**. 2004. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

AMORIM, FS & DANTAS, EHM. **Autonomia e resistência aeróbica em idosos: efeitos do treinamento da capacidade aeróbica sobre a qualidade de vida e autonomia de idosos**. Fitness & Performance Journal, v. 1, n. 3, p. 47-59, 2012.

BENEDETTI, TRB & PETROSKI, EL. **Idosos asilados e a prática da atividade física**. Revista Brasileira Atividade Física e Saúde, v. 4, n. 3, 2009.

BRASIL. Lei n. 10.741 de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Estatuto do Idoso**, Brasília, Jun. 2005.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Estatuto do Idoso: Declaração dos Direitos do Idoso**, Brasília: São Miguel, 2003.

CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE-hipertensão arterial sistêmica- edição Nº15, p.9, 2012).

CÂMARA, L. C.; SANTARÉM, J. M.; WOLOSKER, N.; DIAS, R. M. R. Exercícios resistidos terapêuticos para indivíduos com doença arterial obstrutiva periférica: evidências para a prescrição. **Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascul**, v. 6, n. 3, p. 247-257. 2007.

CARVALHO FILHO, E. T.; LEME, L. E. G. **Envelhecimento do sistema respiratório**. In: PAPALÉO NETO, M.; CARVALHO FILHO, E. T. Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2013. p. 291-295

CARVALHO MVB. **A morte – a arte de cuidar na despedida**. In: Pokladek DD, organizadora. A fenomenologia do cuidar: prática dos horizontes vividos nas áreas da saúde, educacional e organizacional. São Paulo: Vetor; 2004.

CICCO, L.H.S. Hipertensão arterial? E agora? Disponível em: <www.saudevidaonline.com.br/hipert.htm - 15k>. Acesso em: 17 abril 2016.

FARINATTI, Paulo de T. V. **Atividade Física, Envelhecimento e Qualidade de Vida. V Seminário internacional sobre atividade física para 3ª Idade – Educação Física e Envelhecimento, Perspectivas e Desafios**. outubro-novembro, 2012, São Paulo/SP.

FERNANDES, A. P. **A Escolarização da Pessoa com Deficiência nas Comunidades Ribeirinhas da Amazônia Paraense**. 285 p. Tese de Doutorado - Programa de Pós Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2015.

FLORES, M. L.; ROZA, R.J. da; THIEL, A. A. **História dos celulares**. In: MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA INTERDISCIPLINAR, 1., 2006, Camboriú. **Anais...** Camboriú: UFSC/CAC, 2006.

FERREIRA, Vicente. **Atividade Física na 3ª Idade: o segredo da longevidade**. Rio de Janeiro: Sprint, 2008.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo**. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”. Recife/Olinda – PE, 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIANI, Tania Santos; MARQUES, Cláudia Guimarães; ABREU, Flávia Maria Campos de; LOUREIRO, Silvio da Silva; ALBERGARIA, Márcia; DANTAS, Estélio Henrique Martin. **O aumento da autonomia e qualidade de vida do idoso pela interação com o cuidador nas vd's**. III Simpósio Internacional em Treinamento Desportivo. Editora Idéia, p.99, novembro de 2012, João Pessoa/PB.

GORZONI, M. L.; RUSSO, M. R. **O envelhecimento respiratório**. In: FREITAS, E. *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. P. 596- 599.

HUGHES, V. et al. Anthropometric assessment of 10-y changes in body composition in the elderly. *Am J Clin Nutr*, v. 80, 2014. p. 475-482.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_tcu.shtm>. Acesso em 04 de Maio 2016.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. **O envelhecimento da população mundial: um desafio novo**. *Revista de Saúde Pública*, v.21, n.3, p.200-10, 2007.

KNELLER, George F. **Arte e Ciência da Criatividade**. 5. Ed. São Paulo: IBRASA, 1978.

LAKATOS, Eva Maria e MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa: Planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MATSUDO, Sandra M. **Envelhecimento, atividade física e saúde.** Revista Mineira de Educação Física, Viçosa, vol.10, nº 1, p.193-207, 2012.

MATSUDO, SM; MATSUDO, UKR. & NETO, TLB. **Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física.** Revista Brasileira Ciência e Movimento, v. 8, p. 21-32, 2010.

MATSUDO, Sandra Mahecha. Envelhecimento, atividade física e saúde. **Revista Mineira de Educação Física.** Viçosa, v. 10, n. 1 p.48-78, 2012.

MIRANDA, Roberto Dischinger. **Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento.** revista Brasileira de Hipertensão vol 9(3): julho/setembro de 2002, p. 294

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

NAHAS MV. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** Londrina (PR): Midiograf; 2011.

OLIVEIRA, Manfredo A. de. Reviravolta linguístico-pragmática na filosofia contemporânea. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

ORQUIZA, S.M.C. **Hipertensão Arterial.** <Disponível em: www.orientacoesmedicas.com.br/hipertensaoarterial.asp - 48k>. Acesso em 13 Maio 2016.

PAPALÉO, N. M. **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo: Atheneu, 2007.

PESCATELLO, L.S.; Di PIETRO, L. Physical activity in older adults: an overview of health benefits. **Sports Medicine**, v.15, n.6, p.353-64, 2013.

PARK, D. C. et al. Cerebral aging: brain and behavioral models of cognitive function. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, v. 3, n. 3, 2011.

PASI - Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso: Envelhecimento **Saudável em Florianópolis**, 2006. PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Saúde Pública. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/protocolo_de_atencao_a_saude_do_idos_o.pdf.

ROCHA, Eduardo Gonçalves. **Estatuto do idoso: um avanço legal.** In: *Revista UFG*. Goiânia, n. 2, ano V, 2003, p. 45-56.

SARMENTO, Z.G.P. **Crenças relacionadas à adoção da dieta para controle da hipertensão arterial.** 2014. Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SEVERINO, Antonio. **Cuidados Paliativos um desafio para o enfermeiro** 2007.
SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006, 10^o ed, v.2.

SOUZA, E.R.F. **Vivência de hipertensos no município de Narazerinho no que concerne ao seu tratamento.** 2003. Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SCHOUERI JÚNIOR, R.; RAMOS, L.R.; PAPALÉO NETTO, M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO, M.N., eds. **Geriatrics: fundamentos, clínica, terapêutica.** São Paulo, Atheneu, 2014. p.9-29.

SOUZA, R. S. **Anatomia do envelhecimento.** In: PAPALÉO NETO, M.; CARVALHO FILHO, E. T. Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 35-42.

SOUZA, F. R.; SCHROEDER, P. O.; LIBERALI, R. **Obesidade e Envelhecimento.** Rev. Bras. Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, São Paulo, v. 1, n. 2, mar./abr. 2007, p. 24-35

SPIRDUSO, W.W. Physical activity and aging: introduction. In: SPIRDUSO, W.; ECKERT, H., ds. **Physical activity and aging.** Champaign, Human Kinetics, 2009. p.1-5.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 1987.

WALDOW, Vera Regina **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BRITO, F. **A tradição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade** Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG; 2007.

ANEXOS I

TERMO DE COMPROMISSO DO ALUNO PESQUISADOR.

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem os seguintes compromissos:

- 1- Preservar a privacidade e a integridade física dos entrevistados cujos os dados serão coletados;
- 2- Manter sob sigilo as informações ofertadas, ou seja, serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto;
- 3- Respeitar todas as normas da resolução 466/2012 do conselho nacional de saúde e seus complementares na execução deste projeto.

Darlene Barros dos Santos
Maria de Jesus Ferreira da Silva
Maria José Teixeira Brito

ANEXOS II**TERMO DE ACEITADO ORIENTADOR**

Eu, professor (a)....., do curso de graduação em enfermagem, da Faculdade FAPENS, declaro aceitar orientar o trabalho intitulado “usuários com hipertensão arterial sistêmica acima de 60 anos na UBS Guanabara, Ananindeua, Pará, no período de 2014 a junho de 2016”.de autoria dos alunos (as):

Darlene Barros dos Santos

Maria de Jesus Ferreira da Silva

Maria José Teixeira Brito

Declaro, ainda, ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional de ética em pesquisa – CONEP- e Conselho nacional de saúde- CNS resolução nº 466 de 12/ 12 / 2012, estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da qualificação do projeto e da defesa do TCC.

Belém-PA,de.....de 2016.

.....

Professor (a) orientador (a)

Anexo III. exemplo de instrumento para coleta de dados (validado por Ursi, 2005)

A. Identificação	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome _____
	Local de trabalho _____
País	
Idioma	
Ano de publicação	
B. Instituição sede do estudo	
Hospital	
Universidade	
Centro de pesquisa	
Instituição única	
Pesquisa multicêntrica	
Outras instituições	
Não identifica o local	
C. Tipo de publicação	
Publicação de enfermagem	
Publicação médica	
Publicação de outra área da saúde. Qual?	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <input type="checkbox"/> Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> Delineamento não-experimental <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa <input type="checkbox"/> Revisão de literatura () <input type="checkbox"/> Relato de experiência <input type="checkbox"/> Outras _____
2. Objetivo ou questão de investigação	
3. Amostra	3.1 Seleção <input type="checkbox"/> Randômica <input type="checkbox"/> Conveniência <input type="checkbox"/> Outra _____ 3.2 Tamanho(n) <input type="checkbox"/> Inicial _____ <input type="checkbox"/> Final _____ 3.3 Características Idade _____ Sexo: M() F() Raça _____ Diagnóstico _____ Tipo de cirurgia _____
4. Tratamento dos dados	
5. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente _____ 5.2 Variável dependente _____ 5.3 Grupo controle: sim() não() 5.4 Instrumento de medida: sim() não() 5.5 Duração do estudo _____ 5.6 Método empregados para mensuração da intervenção _____
6. Resultados	
7. Análise	7.1 Tratamento estatístico _____ 7.2 Nível de significância _____
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados _____ 8.2 Quais são as recomendações dos autores _____
9. Nível de evidência	
e. Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	