

**FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE
DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

JOSÉ ISMAR DOS SANTOS SOUSA

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA HIPERDIA NA ATENÇÃO AO
IDOSO**

Monografia apresentada ao curso de enfermagem da Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte como requisito parcial para conclusão do curso de Graduação em enfermagem.

Orientadora: Maria Cléia de Oliveira Viana (Ma).

NATAL /RN

2009

FAR

JOSÉ ISMAR DOS SANTOS SOUSA

Monografia: O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA HIPERDIA
aprovada como requisito para obtenção do título de enfermeiro na Faculdade
Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN)

Aprovada em:

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA HIPERDIA NA ATENÇÃO AO
IDOSO

Banca examinadora (orientadora)

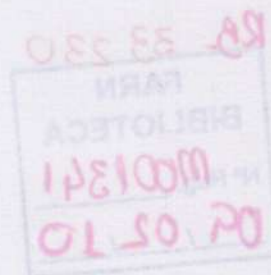
Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Monografia apresentada ao curso de
enfermagem da Faculdade Natalense para
o desenvolvimento do Rio Grande do Norte
como requisito parcial para conclusão do
curso de Graduação em enfermagem.

Orientadora: Maria Cléia de Oliveira Viana
(Ma).

NATAL /RN

2009



Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Sousa, José Ismar dos Santos

O papel do enfermeiro no programa Hiperdia na atenção ao idoso/ José Ismar dos Santos Sousa. – Natal: FARN, 2009.

44f.

Orientador: Maria Cléia de Oliveira Viana (Msc.)

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Hipertensão – Monografia. 2. Diabetes Melittus – Monografia. 3. Sistema Hiperdia – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 61:004.4



618.12-008.33 1.1

5697P
2009
ex 01

JOSÉ ISMAR DOS SANTOS SOUSA

A Deus, por estar sempre do meu lado, me proporcionando a paz necessária para a elaboração deste trabalho, aos meus pais Maria Arlinda dos Santos Sousa e José João de Sousa, que sempre foram meus maiores pilares, sempre estiveram do meu lado me dando a maior força, lutando pelos meus sonhos.

Monografia, O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA HIPERDIA, aprovada como requisito para obtenção do título de enfermeiro na Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN).

Aprovada em: _____, _____, _____.

Banca examinadora (orientadora)

Banca examinadora

Banca examinadora

A DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Maria Antônia e José João de Sousa, que fizeram tudo por mim, A Deus, por estar sempre do meu lado, me proporcionando a paz necessária para a elaboração deste trabalho, aos meus pais Maria Antônia dos Santos Sousa e José João de Sousa, que sempre foram meus maiores ídolos, sempre estiveram do meu lado me dando a maior força, lutando pelos meus sonhos.

Aos meus tios (as) e primos (as), os quais sempre estiveram presentes em minha vida, me apoiando, me passando confiança para eu chegar onde estou.

A minha orientadora, professora mestra Maria Cléia de Oliveira Viana, pessoa de estranho valor que sempre acreditou em meu potencial, um exemplo de ser humano, de profissional, uma pessoa ética, que contribuiu grandiosamente para realização deste trabalho.

A biblioteca da FARN Maria Lúcia Alexandre de Oliveira por ter contribuído com sua disposição, atenção e conhecimento na concretização deste trabalho. Meus agradecimentos.

Aos meus amigos que me apoiaram em minhas decisões, que acreditaram em minha conquista, que comemoraram comigo os momentos felizes e que me ajudaram nos momentos difíceis, posso dizer de todo o coração, tenho muitos amigos, a minha turma da faculdade, não podia ter turma melhor, em especial José Elton de Silva, o qual me ensinou muito, Saulo José de Costa e Dominick Farias de Oliveira, uma grande amiga, parceira, que considero como uma "irmã", que sempre me incentivou nessa caminhada.

Ao corpo docente, aos preceptores e equipes de enfermagem dos campos de estágio e a coordenação do curso de enfermagem da FARN, pelo profissionalismo e por ter contribuído para meu crescimento profissional.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Maria Antônia e José João de Sousa, que fizeram tudo por mim, me incentivando a seguir sempre em frente acreditando em meus sonhos.

Aos meus Avós, Antônia, Joaquim e Luiza Maria (*in memorian*), que sempre estiveram presentes quando eu mais precisei.

Aos meus tios (as) e primos (as), os quais sempre estiveram presentes em minha vida, me apoiando, me passando confiança para eu chegar onde estou.

A minha orientadora professora mestra Maria Cléia de Oliveira Viana, pessoa de estimado valor que sempre acreditou em meu potencial, um exemplo de ser humano, de profissional, uma pessoa ética, que contribuiu grandiosamente para realização deste trabalho.

A bibliotecária da FARN Maria Luzia Alexandre de Oliveira por ter contribuído com sua disposição, atenção e conhecimento na concretização deste trabalho. Meus gratos agradecimentos.

Aos meus amigos que me apoiaram em minhas decisões, que acreditaram em minha conquista, que comemoraram comigo os momentos felizes e que me ajudaram nos momentos difíceis, posso dizer de toda verdade, tenho muitos amigos, a minha turma da faculdade, não podia ter turma melhor, em especial José Eliel da Silva, o qual me ensinou muito, Saulo José da Costa e Dominick Farias de Oliveira, uma grande amiga, parceira, que considero como uma "irmã", que sempre me incentivou nessa caminhada.

Ao corpo docente, aos preceptores e equipes de enfermagem dos campos de estágio e a coordenação do curso de enfermagem da FARN, pelo profissionalismo e por ter contribuído para meu crescimento profissional.

*... ninguém se engana, só se consegue a
simplicidade através de muito trabalho.*

Clarice Lispector

RESUMO

Amid the national scenery characterized by the growing increase of elderly, new

Em meio ao cenário nacional caracterizado pelo crescente aumento de idosos, novas medidas para melhorar a qualidade de vida e assistir aos mesmos foram adotadas, dentre elas a criação de programas assistenciais com este propósito, visto que as pessoas dentro dessa faixa etária estão mais sujeitas a maiores problemas de saúde. Este estudo mostra, através de uma revisão bibliográfica, a importância do programa Hiperdia como coadjuvante no controle de doenças e promoção da saúde do idoso indicando a qualidade da assistência não importa qual a faixa etária que o usuário esteja inserido. O Hiperdia foi criado pela portaria nº 371/GM de 04 de março de 2002, por um plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus e tem por finalidade permitir o monitoramento dos pacientes nele cadastrados e gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática aos mesmos. O programa objetiva enfrentar tais doenças, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ação de prevenção, diagnóstico e tratamento e controle dessas patologias através da reorganização do tratamento de atenção a saúde. O papel do enfermeiro nesse programa também é fundamental, pois é o mesmo que coordena a equipe, além de ser o elo de ligação com a população, já que a relação equipe de saúde-paciente é tida como insatisfatória, e ser esta uma das causas da não adesão ao tratamento da diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS). A metodologia utilizada foi uma revisão bibliográfica em livros, revistas e artigos publicados sobre o tema durante o período de 1990 até 2009. O presente trabalho tem como objetivo avaliar, através de revisão bibliográfica, a contribuição do programa Hiperdia na melhoria da qualidade de vida dos usuários, principalmente os idosos, e servirá de fonte de pesquisa para posteriores produções sobre a temática abordada que tem sido de relevante importância nos recentes estudos.

Palavras chave: Hiperdia; Idosos; Hipertensão.

ABSTRACT

Amid the national scenery characterized by the growing increase of elderly, new steps to improve the life quality and to attend the same ones were adopted, including the creation of attendance programs for this purpose, because the people inside that age group are more subject to bigger problems of health. This study shows, through a bibliographical revision, the importance of the program hiperdia as helping in the control of diseases and promotion of the old people's health indicating the quality of the attendance not mattering which the age group that the user is inserted. The hiperdia was created by the document no. 371/GM of March 04, 2002, by a reorganization plan of attention to the arterial hypertension and diabetes mellitus and it has for purpose to allow the patients' accompaniment in it registered and to generate information for acquisition, license and distribution of medicines in a regular and systematic way to the same ones. The program objectifies to face such diseases, establishing aims and guidelines to enlarge prevention action, diagnosis and treatment and control of those pathologies through the reorganization of the attention treatment to the health. The nurse's role in that program is also fundamental, because it is the same who coordinates the group, besides being the connection link with the population, since the relationship health group-patient is had as unsatisfactory, and to be this one of the causes of non adhesion to the treatment of DM and HAS. The used methodology was a bibliographical revision on books, magazines and articles that were published about the theme during the period from 1990 to 2009. The present work has as objective to evaluate, through bibliographical revision, the contribution of the program hiperdia in the users' life quality improvement, mainly the old people, and it will serve as a research source for posterior productions about the approached thematic which has been of considerable importance in the recent studies.

Key words: Hiperdia; elderly, hypertension.

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SHINC - Síndrome Hiperglicêmica Hiperosmolar não-cetótica

SNC - Sistema Nervoso Central

SNP - Sistema Nervoso Periférico

SUS - Sistema Único de Saúde

TC - Trabalho de Conclusão de Curso

UBS - Unidade Básica de Saúde

LISTA DE SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral	10
CAD	Cetoacidose Diabética	15
CIT	Comissão Intergestores Tripartite	15
DCV	Doenças Cardiovasculares	15
DM	Diabetes Mellitus	16
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional	16
DMID	Diabetes Mellitus Insulinodependente	17
DMNID	Diabetes Mellitus não Insulinodependente	17
ESF	Estratégia Saúde da Família	16
FARN	Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte	22
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica	23
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	26
LDL	Lipoproteína de baixa densidade	27
MG	Miligrama	29
MMHG	Milímetro de Mercúrio	31
OMS	Organização Mundial da Saúde	32
PA	Pressão Arterial	33
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde	33
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem	36
SHHNC	Síndrome Hiperglicêmica Hiperosmolar não-cetótica	38
SNC	Sistema Nervoso Central	38
SNP	Sistema Nervoso Periférico	40
SUS	Sistema Único de Saúde	41
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso	
UBS	Unidade Básica de Saúde	

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	OBJETIVO.....	15
1.1.1	Objetivo geral.....	15
1.1.2	Objetivos específicos.....	15
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1	A CRIAÇÃO DO PROGRAMA HIPERDIA.....	16
2.2	OBJETIVOS DO PROGRAMA HIPERDIA.....	17
2.3	RESPONSABILIDADES DOS GESTORES PARA EXECUÇÃO DO HIPERDIA.....	17
2.4	A DEMOGRAFIA DO IDOSO.....	18
2.5	A QUALIDADE DE VIDA VOLTADA PARA O IDOSO.....	20
2.6	O IDOSO E A FAMÍLIA.....	22
2.7	ESTATUTO DO IDOSO.....	23
2.8	O PAPEL DA ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA.....	26
2.9	PROBLEMAS COMUNS QUE AFETAM OS IDOSOS.....	27
2.10	ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS NO IDOSO.....	29
2.11	HISTÓRICO E TRATAMENTO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS.....	31
2.11.1	Classificação do diabetes.....	32
2.11.2	Tratamento do diabetes.....	33
2.12	HISTÓRICO E TRATAMENTO DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO.....	33
2.12.1	Tratamento da hipertensão.....	35
2.13	ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA HIPERDIA.....	36
3	METODOLOGIA.....	39
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
	REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vem passando por uma transição na faixa etária de sua população, o número de idosos vem crescendo em termos proporcionais, necessitando de mais cuidados gerais, mais atenção e tempo destinado para cuidados específicos já que essa faixa etária está mais sujeita a problemas de saúde. Para amenizar essa situação foi criado o programa Hiperdia, que atua no acompanhamento dessa população, sendo de suma importância a participação do enfermeiro no desenvolvimento de suas ações.

Envelhecer é um processo dinâmico, progressivo e inevitável, pois há mudanças morfológicas, bioquímicas, funcionais e psicológicas ocasionando maior predisposição a processos patológicos que acabam levando a morte.

O processo do envelhecimento é evidente e observado com facilidade. O indivíduo idoso é um cidadão que exige atenção e conhecimento para tomar medidas e condutas que sejam adequadas para cada situação. Com o aumento da prevenção de doenças através de programas de saúde, avanço da medicina e avanços tecnológicos houve o envelhecimento populacional o que levou a ênfase aos estudos geriátricos e gerontológicos.

No Brasil, a população em sua maioria é constituída por jovens e os estudos voltados aos idosos são recentes, a demanda por profissionais capacitados em trabalhos com os idosos é grande, devido a existência de vários problemas de saúde que são extremamente complexos, exigindo a participação conjunta de diferentes áreas, principalmente os da área da saúde, determinado a importância e a significância social das profissões voltadas para essa área profissional.

Com esse aumento significativo no número de idosos, precisa existir também uma atenção redobrada aos programas de saúde voltados para esses indivíduos. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico (IBGE), 2000, evidenciam que, segundo Ramos (1990), em 2025 o Brasil terá a sexta maior população de idosos do globo. Esta realidade acarretará um grande problema social, uma vez que esta população vive, em sua maioria, em situação financeira precária e cercada de doenças, o que levará a uma cadeia de problemas com repercussões sobre a qualidade da assistência a saúde agravando as deficiências atuais nesta área.

Para Veras (2003), o aumento dos idosos na população implica, em termos de utilização dos serviços de saúde, um maior número de problemas, que freqüentemente exigem intervenções custosas, envolvendo tecnologia complexa para um cuidado adequado. Em pouco tempo, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um quadro caracterizado por enfermidades complexas, próprias das faixas etárias mais avançadas. Esse fato acarreta crescimento das despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que apresenta um desafio para as autoridades sanitárias, especialmente no que tange à implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados.

Diante desses fatos fica claro a necessidade de uma maior atenção a essa população em franca expansão que ainda não é bem assistida. Com isso é fundamental que iniciem estratégias voltando suas atenções a este grupo de pessoas, como é o caso do Hiperdia, um programa que na sua maioria é voltado para os idosos devido ao grande número de indivíduos com hipertensão e/ou diabetes, que por muitas vezes essa faixa etária tem necessidades e problemas pouco conhecidos tanto pelo público em geral quanto pelos profissionais de saúde.

Com o crescimento da população com mais de 50 anos de idade, o governo e a sociedade devem desenvolver várias formas alternativas de caráter preventivo para doenças relacionadas com o envelhecimento, tais como: osteoporose, infarto do miocárdio, hipertensão arterial sistêmica, angina de peito, dentre outras e não se deter somente às alternativas de caráter curativa. A enfermagem participa ativamente dentro desse contexto, tanto na parte preventiva como na parte curativa.

Pensando nessa necessidade de aprimoramento profissional para o cuidado com o idoso, não podemos deixar de enfatizar a importância do enfermeiro nessa fase da vida, destacando ainda o papel essencial na capacitação do cuidador do idoso (MATHEUS NETTO, 2000 apud EURICO FILHO, 2005).

Em relação às doenças crônicas, os idosos apresentam números mais expressivos quando comparados a outras faixas etárias, o que leva essa população a procurarem mais os serviços de saúde, visando sua melhora.

Nessa conjuntura, a atividade física vem conseguindo um lugar de destaque como forma preventiva, não farmacológica e de baixo custo para prevenção e controle dessas doenças. Abre-se, portanto, muitas possibilidades para a existência de um número progressivamente maior de idosos com saúde e aumentando a

expectativa de vida da população.

Para a população em geral é de fundamental importância a existência de programas voltados para grupos específicos, como é o caso do Hiperdia, que é um sistema de cadastramento dos portadores de diabetes e hipertensão, sendo uma ferramenta útil para profissionais da rede básica e para gestores do SUS no enfrentamento destas doenças.

O Hiperdia objetiva atacar a fundo o problema estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, podendo agir de várias formas, umas delas através da reorganização do trabalho de atenção à saúde, das unidades da rede e Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde planeja e elabora estratégias de promoção de saúde para a população inserida no programa, procurando uma maneira de agir, evitando algumas doenças cardiovasculares e oferecendo um acompanhamento que é realizado pelas UBS (Unidades Básicas de Saúde) através das Estratégias de Saúde da Família (ESF), (BRASIL, 2002).

O enfermeiro tem um papel essencial no programa Hiperdia, além de coordenador de equipes, é o elemento que tem uma maior ligação, interação com a população, contribuindo para a prevenção de doenças, através de atribuições e práticas destinadas aos cuidados da população idosa, fazendo com que esse programa possa se desenvolver com o máximo de eficiência.

Para identificar como se dá a participação do enfermeiro no programa, nos prestamos a uma análise bibliográfica sobre o tema proposto, através de materiais já elaborados como livros, artigos, revistas e outras fontes.

Essa monografia tem por finalidade ressaltar a importância do programa Hiperdia, que terá como pólo central, o campo da atenção básica, abrangendo programas da unidade básica de saúde, dando prioridade às ações voltadas para os idosos.

Em meio ao cenário nacional caracterizado pelo crescente aumento no número de idosos, novas medidas foram tomadas para dar uma melhor assistência aos mesmos. Essa população forma uma faixa etária mais sujeita a problemas de saúde, com isso pode ocorrer um aumento no número de enfermidades crônicas, diante destes fatos fica claro a necessidade de uma maior atenção a esta população em franca expansão, e desassistida.

Sua importância é para que possamos identificar as ações que são

desenvolvidas e acompanhadas pelo enfermeiro levando benefícios aos idosos. A participação da equipe de enfermagem no Hiperdia só tem a acrescentar na qualidade do programa sabendo, acima de tudo, usar o critério de humanização.

Depois da criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), o enfermeiro passou a ter uma maior obrigatoriedade de trabalho com a comunidade, o que ajuda a todos, pois se torna uma pessoa confiável para os usuários daquela unidade. Nesse contexto estudar as principais doenças que afetam os idosos em geral e especificamente os que participam do programa Hiperdia seria de fundamental importância, pois com isso poderia ser feito um mapeamento das doenças no local.

A saúde do idoso é um tópico recorrente nas discussões, e é tida como algo prioritário, e dentre os assuntos mais debatidos está a conscientização, principalmente o da sociedade acerca dos idosos. Deve-se saber lidar, tratar, dialogar, dar atenção, ter consciência de que com o decorrer do tempo, nosso corpo vai ficando mais vulnerável a doenças, por essas características precisamos nos conscientizar sobre a importância da saúde do idoso.

Com o passar dos anos é lastimável ver a quantidade de idosos que são abandonados em abrigos, ou mesmo nas ruas. Cabe a nós, profissionais da área da saúde, procurarmos formas de inseri-los novamente na sociedade e demonstrar a mudança qualitativa no seu estado de saúde.

Devido ao grande número de idosos no Brasil, que em 2025 tem perspectivas para que seja a sexta maior do mundo, chegando a 32 milhões de pessoas, é relevante pesquisar e demonstrar no geral como esse grupo vive diariamente (RAMOS, 1990).

Com o aumento da longevidade do ser humano, alcançado através do desenvolvimento socioeconômico-científico da humanidade, viver cada dia mais, pode acabar resultando numa sobrevida marcada por incapacidades e dependência. Sendo assim, uma das maiores preocupações no geral está voltada para a qualidade de vida, principalmente a dos idosos.

A qualidade de vida tem sido preocupação constante do ser humano, desde o início de sua existência e, atualmente, constitui um compromisso pessoal à busca contínua de uma vida saudável, desenvolvida à luz de um bem-estar indissociável das condições do modo de viver, como: saúde, moradia, educação, lazer, transporte, liberdade, trabalho, auto-estima, entre outras (SANTOS et al, 2002).

Segundo Eurico Filho (2005), qualidade de vida inclui, pelo menos, três

dimensões, a física, a psicológica e a social, sempre na direção da subjetividade: como os indivíduos percebem seu estado físico, seu estado cognitivo e suas relações interpessoais, podendo ainda ser acrescentada outras dimensões a essas três básicas, por razões conceituais, pragmática, ou empírica, dependendo dos objetivos.

O enfermeiro deve zelar para que o idoso consiga aumentar os hábitos saudáveis, diminuir e compensar as limitações inerentes da idade confortar-se com a angústia e debilidade da velhice, incluindo o processo de morte.

Esse projeto é importante para que possa servir de base bibliográfica para pessoas que desejam ter conhecimento sobre a área, desde os cuidados básicos até o funcionamento do Hiperdia. Além de saber o nível de entendimento da população sobre o programa, servindo-lhes de um tipo de esclarecimento, de aprendizado, fazendo-lhes entender melhor suas doenças.

De tal forma, a monografia tem como base a seguinte questão: "Qual a importância do enfermeiro no programa Hiperdia na atenção ao idoso?".

• Conhecer os principais aspectos da população idosa

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

- Explicitar a participação do enfermeiro dentro do programa Hiperdia na atenção ao idoso.

1.1.2 Objetivos específicos

- Conhecer as atribuições do enfermeiro no programa Hiperdia;
- Identificar os principais aspectos do programa Hiperdia;
- Conhecer os principais aspectos da população idosa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA HIPERDIA

2.1 A CRIAÇÃO DO SISTEMA HIPERDIA

Para Viana e Poz (1998, p. 13) “[...] a implementação do SUS se iniciou nos anos 90, após a criação da lei orgânica da saúde e de várias normas e portarias emitidas pelo ministério da saúde”. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foram implementados visando a inserção de uma assistência em saúde que abrangesse toda a população.

No contexto em que vive as pessoas, com o número de idosos aumentando a cada dia, tem que identificar os problemas que cercam essas pessoas, intensificando a prevenção diagnóstico e tratamento dos mesmos. Para ajudar nesse processo foi criado o programa Hiperdia para servir como ferramenta de ajuda em busca de um completo estado de saúde da população necessitando de tratamento.

Pensando numa maneira de ajudar no controle de algumas doenças ligadas aos idosos foi criado o hiperdia, que é um sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores de Diabetes e Hipertensão, Sistema Hiperdia, sendo esse uma ferramenta útil para profissionais da rede básica e para gestores do SUS no enfrentamento destas doenças (DATASUS, 2009).

O hiperdia foi criado em 2002 portaria nº 371/GM em 04 de março de 2002, por um plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus, para a população definidos pelo Ministério da Saúde (GUEDES; ALMEIDA, 2009).

Este programa tem como finalidade, permitir o monitoramento dos pacientes captados no plano nacional de reorganização da atenção à hipertensão e diabetes mellitus e gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O mesmo pode ser implantado em diferentes locais de instalação, unidades básicas de saúde (UBS), distritos sanitários e secretarias municipais de saúde, integrando os níveis de organização da rede de saúde municipal. O subsistema municipal transfere e recebe dados do subsistema federal do sistema hiperdia, gerando a base nacional do cadastro de portadores de hipertensão e diabetes mellitus (BRASIL, 2002).

2.2 OBJETIVOS DO PROGRAMA HIPERDIA

Segundo o Brasil (2002), o programa HIPERDIA tem como principais objetivos:

- * Implantar o cadastramento dos portadores de hipertensão e diabetes mediante a instituição do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes a ser proposto pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite – CIT;
- * Ofertar de maneira contínua para a rede básica de saúde os medicamentos para hipertensão como hidroclorotiazida 25 mg, propranolol 40 mg e captopril 25 mg e diabetes metformina 850 mg, glibenclamida 5mg e insulina definidos e propostos pelo Ministério da Saúde, validados e pactuados pelo Comitê do Plano Nacional de reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes e pela CIT.
- * Acompanhar e avaliar os impactos na morbi-mortalidade para estas doenças decorrentes da implementação do Programa Nacional.

2.3 RESPONSABILIDADES DOS GESTORES PARA EXECUÇÃO DO HIPERDIA

2.4 A DEMOGRAFIA DO IDOSO

O Brasil (2002) estabeleceu também as responsabilidades do gestor federal e das secretarias estadual de saúde e secretária municipal de saúde, no Gestor Federal podemos destacar as mais importantes:

- Aquisição e fornecimento aos municípios dos medicamentos padronizados para tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus de forma a contemplar todos os pacientes cadastrados;
- Coordenação nacional do Programa em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;
- Acompanhamento e avaliação do Programa quanto ao custo benefício, modelos de gestão, adesão e operacionalização local, impactos epidemiológicos e assistenciais.

Das Secretárias Estaduais de Saúde:

- Coordenação estadual do Programa mediante estratégias que fortaleçam a

gestão das políticas de prevenção e tratamento da hipertensão e diabetes;

- Acompanhamento e assessoria aos municípios no processo de adesão ao Programa Nacional particularmente quanto às ações de prevenção e controle clínico destas doenças;
- Assessoria aos municípios na implementação local do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes;
- Consolidação e manutenção no nível estadual do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes;
- Acompanhamento e avaliação do estoque e dispensação dos medicamentos vinculados ao Programa.

Das Secretárias Municipais de Saúde:

- Implementação em nível local, com apoio das Secretarias Estaduais de Saúde, do Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus;
- Cadastramento dos pacientes e manutenção do Cadastro Nacional atualizado;
- Garantia de acesso ao tratamento clínico aos portadores destas doenças na rede básica de saúde;

2.4 A DEMOGRAFIA DO IDOSO

Os idosos numericamente vêm aumentando significativamente nos últimos anos, pois a velhice é uma etapa do ciclo da vida, que uma parcela crescente da população brasileira vem alcançando e desfrutando por mais tempo, em virtude do aumento da expectativa de vida e do acelerado envelhecimento populacional do país nas últimas décadas (BRITO ; RAMOS, 1996).

Os países em desenvolvimento vêm apresentando, desde a década de quarenta, um envelhecimento da população, um declínio da mortalidade geral e uma redução da taxa de fecundidade. De maneira concomitante, importantes transformações nos padrões de mortalidade e morbidade vêm ocorrendo nesses países, como o crescimento na prevalência das doenças crônico-degenerativas, a saber: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), câncer e

doenças cardiovasculares (DCV), e o predomínio dessa última como a principal causa de óbito (RAMOS, 1990).

Desde 1970, a população de idosos cresce, em termos proporcionais, mais do que qualquer outra faixa etária no Brasil. Segundo Ramos (1990), entre o censo de 1970 e de 1991, os idosos (pessoas de 60 anos acima) aumentaram 124% enquanto as crianças (0-14 anos) e adultos jovens (15-59 anos) aumentaram 28% e 71%, respectivamente. A perspectiva para o século XXI é de que em 2025 o Brasil seja a sexta maior população de idosos no mundo, com aproximadamente 32 milhões de pessoas neste grupo.

Os anos de 1975 a 2025 corresponderão a era do envelhecimento, marcada pelo crescimento demográfico da população idosa e esse aumento está levando a uma profunda alteração na pirâmide populacional, conduzindo toda a população a um repensar sobre as políticas de saúde (reestruturação das ações de saúde), sociais e econômicas.

No início do século XX, um brasileiro vivia em média 33 anos, ao passo que hoje a expectativa de vida dos brasileiros atinge os 68 anos. Entre 1960 e 1980, observou-se no Brasil uma queda de 33% na fecundidade, hoje, a população de idosos ultrapassa mais de 15 milhões de brasileiros (para uma população total de cerca de 180 milhões de habitantes), que em 20 anos serão 32 milhões (VERAS, 2003).

Segundo o Instituto Brasileiro Geografia e Estatístico (IBGE, 2000), tal fato se deve pela melhoria da qualidade de vida e conseqüentemente um aumento da expectativa desta, a diminuição das taxas de natalidade e fecundidade e a evolução tecnológica como procedimentos, diagnósticos e terapias cada vez mais sofisticadas contribuindo com a promoção, prevenção e o tratamento de certas patologias.

Até o ano 2025 uma grande proporção da população será idosa e serão, em sua maior parte, mulheres, pelo fato de terem uma expectativa de vida maior. No entanto, embora vivam mais do que os homens apresentam maior morbidade. Desta forma, durante as próximas décadas, as necessidades de saúde das mulheres deverão ter cada vez mais importância, o que merece maior atenção por parte dos serviços de saúde (VERAS, 2008, p.502).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 2006, um país pode ser considerado estruturalmente envelhecido quando sua taxa de idosos, ou seja, com

mais de 60 anos para países em desenvolvimento e acima de 65 anos, para países desenvolvidos, ultrapassa 7% da população total.

2.5 A QUALIDADE DE VIDA VOLTADA PARA O IDOSO

O termo qualidade de vida tem recebido uma variedade de definições ao longo dos anos e pode se basear em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível socioeconômico e satisfação. Na realidade, este conceito varia de acordo com a visão de cada indivíduo. Para alguns, ela é considerada como unidimensional, enquanto, para outros, é conceituada como multidimensional (SANTOS et al, 2002).

Segundo Rebelatto e Morelli (2004), a compreensão da qualidade de vida na terceira idade é central ao desenvolvimento de iniciativas de intervenção visando à prevenção e à reabilitação nos vários contextos da vida do indivíduo e também ao planejamento e avaliação de serviços e políticas destinadas a promover o bem-estar dos idosos.

O fato da população estar envelhecendo, deve-se a melhoria da qualidade de vida e conseqüentemente um aumento da expectativa desta, a diminuição das taxas de natalidade e fecundidade e a evolução tecnológica como procedimentos, diagnósticos e terapias cada vez mais sofisticadas contribuindo com a promoção, prevenção e o tratamento de certas patologias.

Na população idosa, é importante ficar definido que a qualidade de vida e sua avaliação sofrem os efeitos de vários fatores, entre eles o dos preconceitos dos profissionais e dos próprios idosos em relação à velhice. O dono da vida deve ter participação ativa na avaliação do que é melhor para ele, pois o padrão de qualidade de vida é altamente pessoal e subjetivo, só o mesmo é quem pode definir.

As pessoas com mais de 65 anos precisam mais dos serviços de atenção à saúde que qualquer outro grupo etário. No entendimento de Roach (2003, p. 3) "[...] os idosos ajudam a geração mais jovem servindo como modelo de referência no

enfrentamento de perdas, pelo envelhecimento bem sucedido e na transmissão de valores familiares”.

Para Eurico Filho Apud Matheus Netto (2005), atualmente, é de fundamental importância que o profissional interessado nesta área esteja atualizado nas peculiaridades anatômicas e funcionais do envelhecimento, sabendo discenir com máxima precisão os efeitos naturais deste processo (senescência) das alterações reduzidas pelas inúmeras afecções que pode acometer o idoso (senelidade).

A prioridade na atenção à saúde dos idosos deve voltar-se para estratégias que possibilitem a vida mais saudável, contando também com a monitorização de alguns indicadores capazes de avaliar a morbidade, o impacto da doença e/ou incapacidade na qualidade de vida dos idosos e de suas famílias. Dentre as ações que podem contribuir para um envelhecimento mais ativo e saudável, pode-se apontar o diagnóstico situacional das condições de vida dos idosos (VICTOR et al. 2009).

Pensando na necessidade de aprimoramento profissional para o cuidado com o idoso, não podemos deixar de enfatizar a importância do enfermeiro nessa fase da vida, destacando ainda o papel essencial na capacitação do cuidador do idoso, estando sempre presente e transmitindo conhecimento (MATHEUS NETTO, 2000 apud EURICO FILHO, 2005 apud).

Segundo Eurico Filho (2005), “[...] um dos modelos mais conhecidos sobre qualidade de vida na velhice foi desenvolvido por Lawton, em 1983”, que definiu o mesmo como resultado da avaliação multidimensional, o modelo descreve quatro dimensões conceituais: competência comportamental, a qual faz parte as habilidades sociais que exigem atitudes adequadas das pessoas para lidar com situações do dia-a-dia. Condições ambientais, como um ambiente físico adequado para a população. Qualidade de vida percebida, quando o sujeito nota o que está acontecendo ao seu redor em relação a sua qualidade de vida e bem estar subjetivo. Essa área cobre estudos que têm utilizado as mais diversas nomeações como: felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo.

O Ministério da Saúde recentemente incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do país, preconizando uma nova política nacional de

saúde da pessoa idosa baseada no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multidimensional, visando priorizar a qualidade de vida dos idosos (VERAS et al. 2008).

Para Jacob Filho (2006), para se realizar uma avaliação na qualidade de vida dos idosos, deve abranger várias dimensões, destacando a saúde física, capacidade funcional/autonomia, psicologia, social/família, econômica, hábitos/estilos de vida, meio ambiente e espiritualidade.

2.6 O IDOSO E A FAMÍLIA

A família é de fundamental importância para que o idoso sinta-se bem, tanto emocionalmente como espiritualmente.

2.7 ESTATUTO DO IDOSO

O planejamento para cuidados e a compreensão das questões psicossociais que a pessoa idosa enfrenta devem ser realizados dentro do contexto da família. Se ocorrerem necessidades de dependência, o cônjuge frequentemente assume o papel do cuidador primário. Na ausência de um cônjuge, um filho adulto geralmente assume as responsabilidades de cuidador e pode, mais adiante, precisar de ajuda para o fornecimento dos cuidados e do apoio (BRUNNER ; SUDDARTH, 2005, p.211).

A família é um ponto de referência em todas as situações. É apontada pelos estudiosos do envelhecimento como o ponto chave para corresponder às questões como o bem-estar e a segurança, ela é o espaço aonde se encontra a intimidade e o segredo e dificilmente compartilhado ou exposto ao olhar externo. (MOTTA, 1998).

Segundo Goldani (1999), em estudos recentes sobre suporte familiar e social entre os idosos mostram de modo geral, os cuidados aos mais velhos que são prestados por uma rede informal de apoio: suas famílias conjugues, filhos, parentes e na falta destes, por sua vez através de amigos e vizinhos. O aspecto da longevidade implica em quatro gerações, que implica uma configuração intergeracional de duas famílias geriátricas, quando filhos de 62 anos se encontram mobilizados por seus pais de 85 anos.

Segundo Saad (1992), o suporte familiar quanto aos idosos será maior quanto ao número de filhos vivos, aumentará a chance deles serem assistidos e dar apoio, porém, quanto menor o número de filhos, diminui a probabilidade de que os pais venham a ser assistido por eles, como também aumenta a carga, por filho de assistência aos pais, em uma sociedade cada vez menos solidária, já que no Brasil, o intercâmbio de ajuda entre pais e filhos tende a se estender ao longo de todo o ciclo de vida familiar, como se existisse uma espécie de contrato intergeracional estipulando o papel dos diferentes membros da família em cada fase do ciclo.

As atitudes sociais e os valores ditam com freqüência, que os filhos adultos devem assumir a carga de cuidados com seus pais idosos, principalmente quando os mesmos não conseguem cuidar de si próprios, para Brunner e Suddarth (2005), o apoio entre os idosos e a família é via de mão dupla, os filhos oferecem ajuda aos pais e os pais ajudam os filhos.

2.7 ESTATUTO DO IDOSO

O Estatuto do Idoso (VESCIO; BERZINS et al, 2007), é uma grande conquista dos idosos e tem como objetivo principal a regulamentação dos direitos dos cidadãos com mais de 60 anos. Para que ele possa valer e ser cumprido, o poder público, a sociedade e os idosos, principais protagonistas do Estatuto, devem zelar pela observância dos direitos conquistados no instrumento legal.

Até a aprovação pelo Congresso Nacional, o Estatuto do Idoso percorreu um longo caminho de 20 anos de discussões. Iniciou em 1983 e se consolidou até meados da década de 90. O Estatuto do Idoso foi aprovado por unanimidade pelo plenário da Câmara dos Deputados na noite de 21 de Agosto de 2003, sendo que no dia 1º de Outubro de 2003 - dia Internacional do Idoso - foi sancionado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, passando a vigorar em 1º de janeiro de 2004, o estatuto é Lei Federal nº 10.741/2003 de 1º de outubro de 2003 (VESCIO; BERZINS et al, 2007).

Será apresentado a seguir alguns pontos importantes que julgamos ser do

conhecimento e interesse dos profissionais da saúde, que constam no estatuto do idoso (BRASIL, 2003).

- É dever da família, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, o efetivo direito à vida, à saúde, a alimentação, ao transporte, à moradia, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária;
- Proíbe a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados por idade;
- Garante aos idosos descontos em atividades culturais e de lazer;
- Assegura aos idosos com mais de 65 anos que vivem em famílias carentes o benefício de um salário mínimo;
- Garante prioridade do idoso na compra de unidades em programas habitacionais públicos;

Art. 3º, no parágrafo único garante ao idoso prioridade no:

I - atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;

II - preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;

V - priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;

VIII - garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.

Art. 4º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma de lei.

Art. 7º Os Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso, previstos na Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994, zelarão pelo cumprimento dos direitos do idoso, definidos nesta lei.

Art. 9º 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.

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Art. 20. O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade.

Art. 26. O idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas.

Art. 29. Os benefícios de aposentadoria e pensão do Regime Geral da Previdência Social observarão, na sua concessão, critérios de cálculo que preservem o valor real dos salários sobre os quais incidiram contribuição, nos termos da legislação vigente.

Art. 37. O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.

Art. 46. A política de atendimento ao idoso far-se-á por meio do conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Art. 52. As entidades governamentais e não-governamentais de atendimento ao idoso serão fiscalizadas pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros previstos em lei.

(SILVESTRE, COSTA, 2003).

A avaliação funcional é um método sistemático de avaliar a capacidade do idoso de funcionar no seu ambiente. Para Roach (2003), existem muitos

2.8 O PAPEL DA ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA

Para Roach (2003), a enfermagem desempenha um papel importantíssimo em relação ao idoso, que vai desde o processo de comunicação a uma avaliação funcional. A comunicação é, de várias formas, o núcleo central da enfermagem. Todas as fases do processo de enfermagem requer boa habilidade de comunicação, já que o processo de enfermagem é um método sistemático e contínuo de planejamento e gerenciamento do cuidado do paciente. Este processo tem cinco componentes essenciais: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

Para Brunner e Suddarth, (2005), o papel da enfermagem gerontológica engloba a prevenção e manutenção do estado funcional, levando os idosos a poderem identificar e colocar em prática seus potenciais, atingindo assim, sua independência, seu modo de liberdade, podendo expor suas vontades para se sentir mais leves.

A Enfermagem Gerontológica, conforme Moidano (apud PEREZ, 1993) abrange os conhecimentos específicos de enfermagem acrescidos daqueles relacionados ao processo do envelhecimento, sendo o campo da Enfermagem que se especializa na assistência ao idoso. A equipe de enfermagem deve zelar para que o idoso consiga aumentar os hábitos saudáveis, diminuir e compensar as limitações inerentes da idade confortar-se com a angústia e debilidade da velhice, incluindo o processo de morte.

A Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta como propósito basilar à promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções no contexto da sociedade (SILVESTRE; COSTA, 2003).

A avaliação funcional é um método sistemático de avaliar a capacidade do idoso de funcionar no seu ambiente. Para Roach (2003), existem muitos

instrumentos de avaliação padronizados para ajudar o enfermeiro com essa avaliação, a avaliação funcional tem quatro componentes básicos: avaliação da saúde física, avaliação do autocuidado, avaliação psicológica e avaliação social. A avaliação psicológica envolve avaliar a mente e inclui o funcionamento cognitivo e afetivo enquanto que o aspecto social do cuidado psicossocial envolve como a pessoa idosa lida no meio do ambiente.

Um dos fatores principais em relação aos profissionais que compõem a equipe de saúde para dar assistência à população idosa, principalmente a enfermagem, é tornar-se aberto para investir na sua capacitação para que interdisciplinarmente façam intervenções adequadas no processo saúde-doença, buscando sempre o bem estar do idoso.

2.9 PROBLEMAS COMUNS QUE AFETAM OS IDOSOS

A população idosa forma uma faixa etária mais sujeita a problemas de saúde, com isso pode-se esperar um aumento intenso de enfermidades crônicas todas elas com baixa letalidade e alto grau de incapacitação produzindo, assim, onerosos gastos numa área já tão carente de recursos (VERAS, 2003).

Para Brunner e Suddarth (2005), com o envelhecimento, começa a aparecer vários problemas, entre eles podemos destacar: débito cardíaco diminuído, aumento do volume pulmonar residual, troca gasosa e capacidade de difusão diminuída, proteção diminuída contra o trauma e exposição ao sol, estreitamento vaginal em pessoas do sexo feminino e tamanho diminuído do pênis em pessoas do sexo masculino, perda de densidade óssea, perda da força, do tamanho muscular, salivação diminuída, velocidade reduzida de condução nervosa, capacidade diminuída para focalizar objetos, para ouvir entre outros.

Para Douglas (2004), entre os quadros patológicos da velhice destacam-se as ateroscleroses; hipertensão arterial sistêmica; insuficiência cardíaca; doença de Alzheimer; câncer; diabetes; depressão mental e obesidade. O aumento no consumo de alimentos acelera a senescência, o que leva ao aumento do acúmulo de gorduras no tecido adiposo, a depressão mental ocorre constantemente na velhice devido a redução no conteúdo de aminas biogênicas que caracterizam a velhice.

Alguns dos problemas fisiológicos mais comuns que ocorrem com o envelhecimento são: a incontinência urinária, distúrbios do sono, quedas e desidratação. A incontinência é um problema comum e significativo entre os idosos. Aproximadamente 1 em 10 pessoas que tem 65 anos ou mais apresenta incontinência, sendo que ocorre em até 50% dos idosos que estão nos asilos, é um problema de saúde comum e significativo entre a população de idosos (ROACH, 2003).

Na velhice se apresenta um metabolismo tecidual gorduroso porque há consumo de ácidos graxos livres, várias síntese de colesterol e triglicerídeos, reduzindo a capacidade metabolizante das LDL nas células da parede arterial. Segundo Douglas (2004), é freqüente observar que nos idosos o número de HAS é bastante elevado, a insuficiência cardíaca ocorre a deficiência de síntese de proteínas musculares, com especial déficit das proteínas mitocondriais.

Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico constante e medicação contínua. Além disso, a abordagem médica tradicional, focada em uma queixa principal, e o hábito médico de reunir as queixas e os sinais em um único diagnóstico, podem ser adequados ao adulto jovem, mas não ao idoso (VERAS, 2003).

Em virtude da alta incidência de doença crônica nos idosos, a dor frequentemente se torna uma companheira constante. Muitos idosos acham que, com a idade, a dor é inevitável e tem de ser suportada. Em virtude dessa concepção errônea, há com freqüência poucos relatos de dor pelos idosos. A dor contribui para a depressão, a ansiedade, a diminuição da capacidade funcional e a diminuição da socialização. Sendo que a existência da dor pode contribuir para um declínio na capacidade funcional de uma pessoa idosa (ROACH, 2003, p.136-137).

Para Douglas (2004), "A doença de Alzheimer tem caráter genético relacionado com a doença de Down que a velhice favorece seu aparecimento nos últimos anos de vida". A incidência de tremores, tanto benignos como malignos aparecem com o envelhecimento, ocorre também uma imunodepressão decorrente da baixa função tireoideana e do excesso de corticoides que facilitam a carcinogênese.

Segundo Brunner e Suddarth (2005, p.203), "todas alterações celulares e extracelulares do envelhecimento provocam uma mudança na aparência física e um declínio na função", a capacidade do organismo de manter a homeostasia fica cada

vez mais diminuída com o envelhecimento celular.

2.10 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS NO IDOSO

Segundo Eurico Filho e Matheus Netto (2005), o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo aonde o ser humano passa por várias alterações como morfológicas, funcionais e bioquímicas. A terceira idade passa por alterações anatômicas e funcionais, como a perda da estatura e peso. A composição corpórea altera-se com o desenvolvimento e o envelhecimento em ambos os sexos. A água é o principal componente ela corresponde a 70 % do organismo na criança, no adulto jovem 60% e no idoso 52%. Esta diminuição do adulto jovem quanto ao idoso se deve pelo fato da diminuição celular.

Durante o envelhecimento todos os tecidos do organismo sofrem alterações, varia de intensidade dependendo do indivíduo e do tecido, nota-se em algumas pessoas essas modificações predomina em alguma parte do organismo ou em outras localizações. As alterações ocorrem desde o sistema nervoso que é a peça principal para qualquer organismo ao sistema endócrino (EURICO FILHO; MATHEUS NETTO, 2005).

As principais alterações cardiocirculatórias são: o débito cardíaco que sofre progressivo redução com o envelhecimento, o fluxo plasmático renal se reduz em 50% aos 70 anos, diminuindo a elasticidade pulmonar, já no sistema nefroexcretor, a reserva funcional declina em aproximadamente 50% dos 30 aos 70 anos de idade.(DUARTE ; DIOGO, 2006).

Diversas mudanças ocorrem no aparelho respiratório do idoso, muitas dessas alterações podem ser adiadas ou modificadas por mudanças no estilo de vida, como deixar de fumar ou iniciar um programa regular de exercícios, mas com a idade os principais órgãos da respiração, os pulmões sofrem mudanças significativas.(ROACH, 2003).

O aparelho cardiovascular serve como um sistema fechado para o fluxo de sangue, as doenças relacionadas a este aparelho é a principal causa de morte na população idosa. Para Roach (2003), “as mudanças no aparelho cardiovascular resultam numa diminuição da capacidade do coração envelhecido de retornar rapidamente a um ritmo normal de repouso após um exercício”, enquanto que as alterações musculoesqueléticas relacionadas à idade afetam o osso, as articulações e os músculos da pessoa idosa, “essas alterações têm um impacto significativo na vida do idoso e podem afetar profundamente as capacidades funcionais, resultando em perda da independência” (ROACH, 2003).

O sistema tegumentário abrange a pele e seus anexos, algumas mudanças nesse sistema relacionadas ao envelhecimento são muitas vezes drásticas e facilmente identificadas. Para Roach (2003), o sistema nervoso é composto de duas partes separadas: o sistema nervoso central (SNC) e o sistema nervoso periférico (SNP). Esse sistema funciona para manter a homeostase, a função neurológica comprometida nos idosos é consequência de um processo patológico, e não parte do processo normal de envelhecimento.

Segundo Eurico Filho e Matheus Netto (2005) o envelhecimento altera todo o sistema endócrino principalmente as glândulas hormonais, receptores hormonais e nas células alvo. O hormônio do crescimento é produzido pela hipófise e tem um papel importante na ação protéica e na lipólise, estimula o crescimento tecidual, sendo o efeito mediado pelas somatomedinas produzidas no fígado sob sua estimulação.

O funcionamento normal do trato gastrointestinal é responsável por suprir o corpo com nutrientes necessários para manter a saúde. Segundo Roach (2003), muitas mudanças ocorrem com a idade no trato gastrointestinal que podem afetar o estado nutricional da pessoa idosa.

As principais mudanças que ocorrem no sistema intestinal é a redução do tônus muscular intestinal e do esfíncter do intestino grosso, a diminuição da motilidade e da secreção mucosa lubrificante intestinal, dentre as mudanças das funções somatossensoriais a que aparece mais alterada na sensibilidade é a gustação, enquanto que se tratando de sistema urinário podemos destacar a incontinência urinária e a retenção urinária (DUARTE; DIOGO, 2006).

2.11 HISTÓRICO E TRATAMENTO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS

O diabetes apresenta-se como um dos grandes problemas de Saúde Pública, quer seja por questões sociais, econômicas, familiares e também pessoais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), 2006, define o diabetes mellitus como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da insulina exercer adequadamente suas ações, caracterizada pela hipoglicemia crônica e alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. Quanto aos sintomas característicos, todos os tipos de diabetes apresentam os mesmos, polidipsia (sede aumentada), poliúria (micção aumentada), polifagia (apetite aumentado), borramento da visão e perda de peso.

Esse grupo de doenças metabólicas é caracterizado por níveis elevados de glicose no sangue, está na lista das 5 doenças de maior índice de morte no mundo, e está chegando cada vez mais perto do topo da lista afetando aproximadamente 17 milhões de pessoas, das quais 5,9 milhões não estão diagnosticadas, sendo que metade de todas as pessoas portadoras de diabetes e com mais de 65 anos de idade são hospitalizadas a cada ano (BRUNNER; SUDDARTH, 2005).

A prevalência de DM está aumentando por causa do crescimento e do envelhecimento populacional, maior urbanização, crescente prevalência da obesidade, sedentarismo e maior sobrevivência do paciente diabético. Estima-se que, em 1995, o DM atingia 4% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará o montante de 5,4%, visto que nos países em desenvolvimento será observado em todas as faixas etárias, com predominância para grupos etários mais jovens, em comparação aos países desenvolvidos. Nestes últimos, o aumento ocorrerá principalmente na faixa etária de 45 a 64 anos (CELMA FERREIRA ; MARCIA FERREIRA, 2009, p.81).

Segundo o Ministério da Saúde, a prevenção pode ser realizada mediante a identificação de indivíduos em risco (prevenção primária), identificação de casos não-diagnosticados (prevenção secundária) e pelo tratamento dos indivíduos já afetados pela doença, visando a prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária).

2.11.1 Classificação do diabetes

Existem vários tipos de diabetes mellitus, sendo que a mesma pode diferir quanto à causa, evolução clínica e tratamento. As principais classificações do diabetes são: diabetes do tipo 1, diabetes do tipo 2 e diabetes gestacional. Para Brunner e Suddarth (2005), o diabetes do tipo 1 caracteriza-se pela destruição das células beta pancreáticas. Os fatores genéticos, imunológicos e ambientais combinados possam vir a contribuir para ocorrer a destruição da célula beta, ressaltando que os fatores que levam à destruição da célula beta não sejam totalmente compreendidos.

Para Nettina (1998), o diabetes mellitus tipo 1 também pode ter como características, ter pouca ou nenhuma insulina endógena, sendo necessário injeções de insulina para controlar o diabetes e prevenir cetoacidose, ocorrendo em cerca de 10% de todos os pacientes diabéticos, e frequentemente em pacientes com menos de 30 anos, podendo ocorrer também em idosos.

O diabetes mellitus tipo 2 é causado por uma falha na fabricação de insulina e na liberação desta pela célula beta pancreática ou por resistência à insulina nos tecidos periféricos, ocorrendo em cerca de 90% dos pacientes diabéticos. Para Nettina (1998), esse tipo de diabetes tem como etiologia um forte componente hereditário, geralmente associado à obesidade.

Para a maioria dos pacientes (aproximadamente 75%), o diabetes do tipo 2 é detectado por acaso (por exemplo, quando os exames laboratoriais rotineiros ou exames oftalmoscópicos são realizados). Uma consequência do diabetes não detectado é que as complicações do diabetes a longo prazo (por exemplo, doença ocular, neuropatia periférica, doença vascular periférica) podem ter se desenvolvido antes que o diagnóstico real do diabetes fosse feito (BRUNNER ; SUDDARTH, 2005, p.1220).

Embora a idade, histórico familiar, além de outros fatores não modificáveis, possam estar presentes, para Lyra et.al (2006) na realidade os fatores modificáveis para diabetes mellitus do tipo 2 é que devem ser alvo de intervenção, entre eles a obesidade, o sedentarismo e o tabagismo bem como o stress psicossocial e episódios depressivos maiores também podem estar associados a um aumento de risco para diabetes tipo 2. (BRUNNER; SUDDARTH, 2005).

Segundo Saraiva et al (2007), no Brasil a população acometida pela HAS está estimada em cerca de 10 a 20%, o que representa aproximadamente de 15 a 30 milhões de brasileiros. A estimativa entre os idosos está em torno de 65%, e entre crianças e adolescentes, 7%, enquanto que na raça negra o número chega a 25%, sendo a mulher negra mais acometida que a mulher branca.

Provavelmente, apenas cerca de 30% dos casos de hipertensão arterial identificado e tratado estão controlados. Para Ximenes Neto e Melo (2005), o controle inadequado das cifras tensoriais, na maioria das vezes, relaciona-se à falta de adesão ao tratamento, por diversos motivos, dentre os quais podemos destacar: a característica assintomática da doença, tratamento prolongado, custo alto dos medicamentos e seus efeitos colaterais, relação equipe de saúde-paciente insatisfatória e a falta de motivação, podendo estar associada, principalmente, a fatores externos, como carência de sistema de apoio, dificuldades financeiras e de acesso ao sistema de saúde.

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Segundo Brasil (2006), 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 a diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal, seu valor ideal é aquele menor que 120 mmHg de pressão sistólica e 80 diastólica.

O Ministério da Saúde, em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o combate à hipertensão arterial. Nesse contexto, insere-se o Programa de Saúde da Família (PSF), onde a atenção é centrada na família e estruturada em uma unidade de saúde, e a população adscrita está sob a responsabilidade de equipe multiprofissional (ARAUJO ; GUIMARÃES, 2007).

Para Ximenes Neto e Melo (2005), é importante que o cliente compreenda o processo evolutivo da doença, e também, como as alterações no estilo de vida e os medicamentos podem controlar a hipertensão. O profissional de saúde, em especial, o enfermeiro, deve enfatizar o conceito do controle da hipertensão, em vez de sua cura. É necessário um esforço considerável por parte das pessoas portadoras de

hipertensão arterial para aderir às modificações recomendadas de estilo de vida e para tomar regularmente os medicamentos prescritos.

Vários estudos populacionais evidenciam a importância do controle da hipertensão para a redução da morbimortalidade cardiovascular. Na maioria dos casos, desconhece-se a causa da hipertensão arterial. Porém, vários são os fatores que podem estar associados à elevação da pressão arterial como o sedentarismo, o estresse, o tabagismo, o envelhecimento, a história familiar, a raça, o gênero, o peso e os fatores dietéticos. Entretanto apesar de consolidada a relação entre hipertensão arterial e os fatores nutricionais, ainda não são bem esclarecidos os mecanismos de atuação destes sobre a elevação da pressão arterial (MOLINA et al, 2003).

2.12.1 Tratamento da Hipertensão

A meta do tratamento da hipertensão consiste em evitar a morte e as complicações ao atingir e manter a pressão arterial em 140/90 mmHg ou mais baixa, para pacientes com hipertensão não complicada e sem indicações específicas para outros medicamentos, iniciam com diuréticos e/ou beta bloqueadores o tratamento e o controle da HAS vem aumentando em todo o mundo, a aceleração da queda na mortalidade por AVC tem sido associada com um aumento da proporção de hipertensos detectados, tratados e controlados na população (ELUF NETO, 1990).

Um dos grandes desafios para os profissionais de saúde tem sido a não adesão do hipertenso ao tratamento, sendo esse fato, possivelmente, responsável pelo aumento dos custos sociais com o absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde e aposentadorias por invalidez (SARAIVA et al, 2007).

No que diz respeito às manifestações clínicas, Brunner e Suddarth (2005, p. 906), relatam que “[...] ocasionalmente, ocorrem às alterações retinianas, como hemorragias, exsudatos (acúmulo de líquidos), estreitamento arteriolar e manchas algodoadas (pequenos infartos)”.

Segundo Ximenes Neto e Melo (2005), para haver um controle adequado da hipertensão arterial, não bastam apenas medidas de orientação, é preciso, também, desenvolver estratégias que auxiliem o indivíduo na mudança de atitudes contributivas para o controle da doença. As medidas de educação devem ser

contínuas, simples e objetivas, para maior entendimento do cliente. Outras medidas que também podem aumentar adesão ao tratamento são: simplificação dos regimes terapêuticos; informações escritas sobre dose, efeitos colaterais; envolvimento de equipe multidisciplinar; manutenção de regimes permanentes das cifras tensoriais e da ingestão de drogas; envolvimento familiar no auxílio da administração da medicação e das medidas dietéticas e outras mais.

As principais metas a serem atingidas pela equipe de enfermagem, junto aos clientes portadores de hipertensão, são: a compreensão do processo patológico, do tratamento e incentivo à participação do cliente em programas de autocuidado e certificar da ausência de complicações, para controlar a hipertensão com mudanças no estilo de vida e o uso de medicamentos (XIMENES NETO ; MELO, 2005, p 3).

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento.(BRASIL, 2006).

2.13 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO HIPERDIA

O enfermeiro tem um papel de destaque no programa hiperdia, fazendo por onde a população tenha uma assistência digna de um cidadão, onde todos visam à melhora da saúde da população.

Segundo Brasil (2002), dentre as atribuições exercidas pelo enfermeiro no Hiperdia, podemos destacar:

- Capacitar os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários, e supervisionar, de forma permanente, suas atividades;
- Realizar consulta de enfermagem (sistematização da Assistência de Enfermagem SAE), abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento encaminhando o indivíduo ao médico quando necessário, mensalmente, todos os pacientes do programa Hiperdia serão atendidos pelo enfermeiro juntamente com o técnico de enfermagem quando necessário, após

- estratificação dos pacientes realizados pelo médico. Após os atendimentos, o médico responsável deverá assinar as fichas de atendimento obrigatoriamente;
- Orientar paciente quanto a necessidade de parar de fumar e/ou beber; praticar atividade física; perder peso e fazer dieta corretamente;
 - Evoluir o paciente; estado geral do paciente; se houve intercorrência desde a última consulta referida pelo paciente, anotar na ficha. Se passou pelo hospital por outro motivo, qual o motivo. Estabelecer junto a equipe, estratégia que possam favorecer a adesão;
 - Anotar resultados de exames se necessário;
 - Avaliar controle de P.A. e glicemia capilar;
 - Realizar teste com monofilamento de nylon (sensação protetora plantar);
 - Encaminhar a população para consultas mensais, trimestrais e semestrais com o médico da equipe;
 - Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade;
 - Desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos e diabéticos;
 - Conferir e anotar sistematicamente os nomes dos remédios e a quantidade de remédios que o paciente está tomando, insistir para que o paciente ou a pessoa responsável pelo mesmo fale como está sendo administrada a medicação. Caso não esteja tomando corretamente, orientá-lo e, se necessário, encaminhá-lo ao médico.
 - Juntamente com o médico, ajustar medicações do paciente, quando possível, para facilitar as tomadas;
 - Abordar corretamente o idoso, agir coordenadamente com outros profissionais, traçar intervenções eficazes para cada caso;
 - Nos pacientes de difícil adesão ao tratamento, verificar a pressão arterial no domicílio quando necessário, dentre várias outras atribuições.
 - Realizar exame dos membros inferiores para identificação do pé em risco, além de cuidados específicos nos pés acometidos e nos pés em risco;
 - Estimular o autocuidado;

- Gerenciamento de procedimentos em saúde, investigar e identificar os casos em prioridade;
- Efetuar nas consultas de rotina, a remoção sistemática dos calçados, em todos os pacientes com diabetes Mellitus tipo 2, realizando exame detalhado e pesquisa de fatores de risco;
- Avaliar cuidados da assistência, dar acessoria, planejar e coordenar serviços prestados pela enfermagem, orientações e avaliações das ações relacionadas a saúde da população que está cadastrada no programa hiperdia.
- O enfermeiro abrange todos aspectos, como os cuidados, a capacitação, as orientações e a própria supervisão, esse tem que proporcionar o bem-estar físico e bio-psico-social.

3 METODOLOGIA E RESULTADOS

Esta revisão bibliográfica utilizou-se de vários livros, a referida monografia faz uma revisão de literatura de natureza qualitativa, onde admite a interferência de valores de quem pesquisa e é considerada a existência de múltiplas realidades, para tantos foram utilizados livros envolvendo diversos autores, entre eles, Brunner e Suddarth, Sally Roach, Eurico Filho e Matheus Netto e tantos outros. Obtendo assim opiniões diversas sobre a temática abordada.

A revisão de literatura não é uma simples transcrição de pequenos textos, mas uma discussão de idéias, fundamentos, problemas, sugestões de vários autores pertinentes e selecionados, demonstrando que os trabalhos foram executados e criticados. A busca pelas referências bibliográficas foram feitas a partir de livros, artigos científicos em sites, artigos científicos acadêmicos, revistas da área da saúde enfatizando de forma fundamentada os objetivos propostos para a monografia, visando contribuir explicitando uma pesquisa teórica sobre o assunto durante o período de 1990 até 2009.

Para elaboração desta monografia, sua parte metodológica foi fundamentada nos autores: Vieira e Hossne (2001), do livro Metodologia Científica para área de saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esse aumento significativo no número de idosos, deve-se também aumentar a atenção com a intensificação de programas voltados para os mesmos, já que o Brasil em 2025 terá a sexta maior população de idosos do mundo.

Os casos de pessoas com hipertensão e diabetes mellitus vem aumentando constantemente, o que leva a uma maior preocupação por parte tanto dos próprios portadores como dos profissionais da área da saúde, que buscam uma melhor e maior cobertura na assistência a essa população.

O programa hiperdia foi criado para ajudar a realizar o cadastramento e o acompanhamento dos portadores de hipertensão e diabetes. Devido ao aumento no número de casos com essa patologia, o programa está necessitando de uma reformulação para que possa se estender mais podendo abranger toda a população que necessita desse acompanhamento.

Para que ocorra essa expansividade do programa, deve haver investimentos por parte dos órgãos públicos responsáveis, aumentando o número de profissionais da área da saúde, principalmente o de enfermeiros, intensificando os cuidados e acompanhamento de usuários cadastrados no programa hiperdia.

Diante do exposto, é fundamental saber a importância do Hiperdia, como contribuição na qualidade de vida dos pacientes (usuários) no controle da hipertensão e diabetes.

Fica evidente a importância do enfermeiro no programa Hiperdia como articulador das ações educativas favorecendo esclarecimentos e dúvidas, atendendo ansiedades, orientando hábitos saudáveis, promovendo em cada paciente um multiplicador de conhecimentos sobre seus hábitos.

A atenção do enfermeiro permite uma maior interação com os pacientes e a comunidade, respeitando as especificidades bio-psico-sociais de cada indivíduo com uma ótica integral das ações prestadas.

QUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.T.G. Atendimento Domiciliar: Um enfoque Gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2006.

ELUF NETO, T. et al. Tratamento da hipertensão e declínio da mortalidade por doenças vasculares cerebrais. Ver. Saúde Pública, São Paulo, 1999.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, J.C ; GUIMARÃES, A.C. Controle da Hipertensão Arterial em uma unidade de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, Salvador, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2002. Disponível em < <http://hiperdia.datasus.gov.br>> Acesso em: 08 mar.2009

BRASIL. Ministério da Saúde. 2003 Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p10741_estatuto_do_idoso.pdf> acesso em 20 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2006. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf> Acesso em : 09 mar. 2009.

BRITO, F. C.; RAMOS, L. R. **Serviços de atenção à saúde do idoso**. São Paulo: Atheneu, 1996.

BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CAMPOS, Maria Amália; GOLBERT, Airton. Diabetes Melito tipo 1 e gestação. **Arq Bras Endocrinol Metab**, 2008. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000200018&lng=pt&nrm=iso> acesso em 30.ago.2009.

DATASUS, 2009, disponível em :<http://hiperdia.datasus.gov.br>. Acesso em : 04. mar. 2009.

DOUGLAS, Carlos Roberto. **Tratado de Fisiologia em Fisioterapia**. Ribeirão Preto: Tecmedd, 2004.

DUARTE, Y.A.O ; DIOGO, M.I.G. **Atendimento Domiciliar: Um enfoque Gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2006.

ELUF NETO, T. et al. Tratamento da hipertensão e declínio da mortalidade por acidentes vasculares cerebrais. **Ver. Saúde Publica**, São Paulo, 1990.

EURICO FILHO, C. T.; MATHEUS NETTO P. **Geriatría fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

FERREIRA, Celma L.R.A; FERREIRA, Márcia Gonçalves. **Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema hiperdia**. Arq. Brás Endocrinol Metab, 2009, vol.53,n.1. Disponível em <<http://www.scielo.br/applications/scielo.org/pages/services/articleRequ estGraphicPage.php?pid=S0004-27302009000> > acesso em 08 de outubro de 2009.

GOLDANI, A. M. **As famílias no Brasil contemporânea e o mito da desestrututação**. 1.ed.Campinas: unicamp, 1999.(cadernos pagu).

GUEDES, Damiana Silva; ALMEIDA, Leila Oliveira. **Hiperdia: planejamento e métodos**. [2009?].

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 08 mar.2009.

JACOB FILHO, Wilson. **Avaliação global do idoso, manual da liga do gamia**. São Paulo: Atheneu, 2006.

LYRA et al. Prevenção de Diabetes Melittus tipo 2. **Arq Bras Endocrinal Metab**, v. 50, n. 2, abr. 2006.

MOLINA, M. D.C.B et al. Hipertensão arterial e cosumo de sal em população urbana. **Ver. Saúde Publica**, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000600009&lng=pt&nrm=iso > acesso em: 29.ago.2009.

MOTTA, B. **Chegando para idade**. Rio de janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

NETTINA, Sandra M. **Prática de Enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. v.2.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, 2006. Disponível em <www.organizaçãomundialdesaude.gov.br>. Acesso em: 17 maio. 2009.

PEREZ, E.A. **Enfermeria gerontologica**: conceptos para la practica, Organizacion Panamericana de la Salud, 1993.

RAMOS, L.R; SAAD, P.M. Mobilidade na população idosa. In: **Fundação Seade**: o idoso na grande São Paulo. São Paulo: Coleção Realidade Paulista, 1990.

REBELATTO, R. José; MORELLI, S. G. José. **Fisioterapia Geriátrica**: A prática da assistência ao idoso. 1. ed. São Paulo: Manole, 2004.

ROACH, Sally. **Introdução à enfermagem Gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SAAD, P. **Caracterização sócio-econômico e demografia do idoso**. São Paulo, proposta editorial, 1992.

SANTOS, S.R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.6, Nov./Dez, 2002.

SARAIVA et al. O Processo de viver do familiar cuidador na adesão do Hipertenso ao Tratamento. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, jan/mar. 2007.

SILVESTRE, J. A; COSTA, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, Jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2003000300016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> acesso em: 01.set.2009.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, Jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2003000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> acesso em: 22.set.2009.

VERAS, Renato Peixoto et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.42, n.3, p.497-502, jun,2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102008000300015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> acesso em: 18.jun.2009.

VESCIO; BERZINS et al. **Área temática - saúde do idoso** (2007?)

VIANA, A. L. D; Dal Poz, Mario Roberto **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. *Physis*, Dez 1998, vol.8, no.2, p.11-48.
Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311998000200002&lng=pt&nrm=iso> acesso em: 17.maio.2009.

VICTOR, Janaina Fonseca et al. Perfil Sociodemográfico e clínico de idosos em unidades básicas da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.1, p.49-54, fev.2009.

VIEIRA,Sônia; HOSSNE, William Saad *Metodologia Científica para área de saúde* Rio de Janeiro:Campus,2001.

XIMENES NETO, F.R; MELO, J.R. Controle da Hipertensão Arterial na atenção primária em saúde – uma análise das práticas do enfermeiro. **Enfermería Global**, n. 6. maio. 2005. Disponível em: <<http://www.um.es/eglobal/>> acesso em:14. ago. 2009.