

FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E AO DIABETES MELLITUS EM IDOSOS RURAIS¹

Darlene Mara dos Santos Tavares*

Ana Luísa Nunes Marques**

Pollyana Cristina dos Santos Ferreira**

Nayara Paula Fernandes Martins****

Flavia Aparecida Dias*****

RESUMO

Os objetivos deste estudo foram descrever as características socioeconômicas, de saúde e hábitos nutricionais de idosos com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e identificar os fatores associados à presença destas morbidades, entre idosos da zona rural de Uberaba-MG. Trata-se de um estudo analítico e transversal entre 84 idosos com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Realizou-se entrevistas com questionários. Utilizou-se análise descritiva e regressão logística ($p < 0,05$), por meio do software SPSS 17.0. Predominaram idosos do sexo feminino, com 60-70 anos, casados, 4-8 anos de estudos e renda de um salário mínimo. As morbidades prevalentes foram: problemas de visão, de circulação, cardíacos e obesidade. A maioria referiu retirar a gordura da carne, raramente consumir alimentos industrializados e/ou frituras, não acrescentar sal após o alimento estar pronto, consumir doce raramente ou nunca, utilizar óleo vegetal para cozinhar, sedentarismo, não ser tabagista, nem etilista. O sexo feminino e o excesso de peso permaneceram como preditores da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus; o consumo de álcool e o tabagismo apresentaram-se como fatores protetores. Ressalta-se a necessidade de ações em saúde no espaço rural, visando à promoção da saúde e a prevenção de agravos entre esses idosos.

Palavras-chave: Idoso. Hipertensão. Diabetes Mellitus. População Rural.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é uma realidade mundial, sendo que no Brasil o número de idosos é de, aproximadamente, 21 milhões e representa cerca de 11,3% da população⁽¹⁾. As mudanças na composição etária da população têm sido acompanhadas por alterações nas causas de morbimortalidade, com destaque para a presença de doenças crônicas entre os idosos. Entre as morbidades prevalentes, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) acomete cerca de 50% das pessoas com 60 anos ou mais e o diabetes mellitus (DM), 16%⁽¹⁾.

A população residente na zona rural vivencia o processo de envelhecimento como na zona urbana; porém, com maior evidência de pobreza, isolamento social, baixa escolaridade,

residências em condições precárias, limitado acesso ao transporte e maior distância dos recursos sociais e de instituições de saúde⁽²⁾. Em Uberaba-MG, local onde se realizou a presente pesquisa, dos 296.000 habitantes, aproximadamente, 98% moram na zona urbana e 2% na zona rural. Contudo, em relação aos idosos, há maior percentual residindo na zona rural (20%) do que na zona urbana (11,6%)⁽¹⁾. Assim, evidencia-se a necessidade de estudos que abordem sobre a HAS e o DM, mediante o contexto do envelhecimento rural.

Em relação à prevalência da HAS pesquisa realizada na zona rural encontrou aproximadamente 50% entre idosos⁽²⁾. Referente ao DM, estudo realizado com adultos e idosos no Brasil verificou que a prevalência bruta da doença é de 5%, chegando a 10% entre os homens e 15% entre as mulheres entre 60 a 69

¹Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E-mail: darlenetavares@enfermagem.ufm.edu.br

**Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Bolsista de Iniciação Científica financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. E-mail: anawisanunes@hotmail.com

***Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde. Professora Substituta do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E-mail: pollycris21@bol.com.br

****Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E-mail: nayara.pfmartins@gmail.com

*****Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E-mail: flaviadias_ura@yahoo.com.br

anos e atingindo prevalências ainda mais altas conforme aumenta a idade⁽³⁾. Porém, pesquisa realizada no interior de Minas Gerais verificou que os idosos residentes em áreas rurais apresentavam menor chance de ter DM⁽⁴⁾.

Ressalta-se que a possibilidade de associação entre a HAS e o DM é da ordem de 50%, o que requer o manejo de ambas em um mesmo indivíduo⁽⁵⁾.

Pesquisa conduzida no Brasil com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) verificou que a região sudeste apresentou o maior coeficiente bruto de prevalência de HAS e DM associados (3,9%), seguido da região Sul (3,6%). A presença de HAS associado ao DM foi mais frequente com o avançar da idade⁽³⁾.

Outros estudos realizados no Brasil verificaram que entre aqueles com HAS associado ao DM predomina o sexo feminino, com baixa escolaridade e renda, sedentários⁽⁶⁻⁸⁾, obesos⁽⁷⁻⁸⁾ e com antecedentes de problemas cardíacos ou cardiovasculares⁽⁸⁾.

Quanto aos hábitos alimentares, estudo realizado em Teresina-PI, com idosos com HAS e DM, obteve que a maior parte dos entrevistados apresentava hábitos inadequados de alimentação, com baixo consumo de frutas, verduras, leite e derivados; além, de alta ingestão de óleos e gordura⁽⁷⁾.

Frente ao exposto, esta investigação tem a finalidade de contribuir para ampliar o conhecimento sobre esta temática, de maneira a subsidiar a formulação de ações e políticas públicas para os idosos com HAS e DM, fortalecendo a gestão, os serviços e melhorando as condições de saúde e de vida desta população.

Deste modo, essa pesquisa teve como objetivos: descrever as características socioeconômicas, de saúde e hábitos nutricionais de idosos com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e identificar os fatores associados à presença destas morbidades, entre idosos da zona rural de Uberaba-MG.

MÉTODO

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior, tipo inquérito domiciliar, analítico, transversal e observacional no qual a população foi composta por idosos que moravam na zona rural do município de Uberaba-MG, cadastrados pelas

Equipes de Saúde da Família (ESF) em julho de 2010. As ESFs são distribuídas em três Distritos Sanitários e oferecem 100% de cobertura na zona rural. Totalizaram 1.297 idosos segundo as listas oferecidas por cada ESF no referido período. Destes, foram excluídos 447 idosos, dos quais, 117 tinham mudado de endereço, 105 apresentaram declínio cognitivo, 75 recusaram participar, 57 não foram encontrados após três tentativas do entrevistador, 11 tinham ido a óbito, três encontravam-se hospitalizados e 79 devido a outros motivos, como residir na cidade ou não possuir condições físicas ou psicológicas para responder. Totalizaram 850 idosos.

Para o presente estudo foram incluídos somente os idosos com 60 anos ou mais de idade, residentes na zona rural do município de Uberaba-MG, que não apresentavam declínio cognitivo e que autorreferiram a presença de HAS e DM. Portanto, foram incluídos neste estudo 84 idosos que autorreferiram HAS e DM.

As entrevistas foram realizadas por 14 entrevistadores, no período entre junho de 2010 e março de 2011, tendo como referencial as listas oferecidas pelas Estratégias Saúde da Família (ESFs), contendo o nome e endereço dos idosos, sendo os instrumentos aplicados preferencialmente na residência do idoso.

Para realizar a avaliação cognitiva do idoso utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), traduzido e validado no Brasil⁽⁹⁾. O escore do MEEM varia de 0 a 30 pontos e o ponto de corte foi considerado de acordo com a escolaridade do idoso: 13 pontos para analfabetos, 18 para 1 a 11 anos de estudo e 26 para acima de 11 anos⁽⁹⁾.

Para a coleta de dados do perfil socioeconômico e de saúde aplicou-se o Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional Multidimensional (BOMFAQ)⁽¹⁰⁾. A escolha das morbidades investigadas deve-se a alta prevalência destas entre a população e pelo impacto negativo que podem ocasionar sobre a qualidade de vida dos acometidos⁽¹¹⁾.

Utilizou-se, ainda, o Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA), desenvolvido pela Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) do Ministério da Saúde⁽¹²⁾.

Foram verificados os dados antropométricos do idoso, relacionados à circunferência abdominal

(CA), tendo como padrão de referência 88 cm para as mulheres e 102 cm para os homens⁽¹²⁾, além do peso (em quilogramas) e altura (em metros), para que fosse calculado o índice de massa corporal (IMC)⁽¹²⁾. Após o cálculo do IMC o idoso foi classificado de acordo com a presença de sobrepeso ($IMC \geq 27 \text{ Kg/m}^2$)⁽¹³⁾.

Foi construída planilha eletrônica, no programa Excel® e os dados coletados foram processados em dupla entrada. Posteriormente, procedeu-se à validação dos dados e quando houve questões inconsistentes retomou-se a entrevista original para correção. O banco de dados foi transportado para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, para proceder à análise.

A análise descritiva foi realizada por meio de distribuição de frequência simples para as variáveis categóricas, e medidas de centralidade (média) e de dispersão (desvio padrão) para as variáveis numéricas. Para verificar os fatores associados à presença de HAS e DM realizou-se análise bivariada a partir do teste qui-quadrado. Nesta etapa foram incluídos, para efeito de

comparação, 370 idosos, pois se refere ao número total de indivíduos que não possuíam nenhuma destas duas morbidades dentre os 850. Sendo incluídas no modelo de regressão logística somente as variáveis que atenderam ao critério $p < 0,10$. No modelo de regressão logística, as associações foram consideradas significativas quando $p < 0,05$.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parecer Nº 1477. Foram apresentados os objetivos da pesquisa aos idosos e oferecidas as informações solicitadas, após a assinatura do Termo de Consentimento procedeu-se a entrevista.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características socioeconômicas e hábitos nutricionais dos idosos com HAS e DM residentes na zona rural.

Tabela 1 - Características socioeconômicas dos idosos com HAS e DM, residentes na zona rural. Uberaba-MG, 2011.(N=84)

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	25	29,8
	Feminino	59	70,2
Faixa etária (em anos)	60 70	52	61,9
	70 80	23	27,4
	80 e mais	9	10,7
Estado conjugal	Nunca casou ou morou com companheiro	6	7,1
	Casado	54	64,3
	Viúvo	23	27,4
	Separado/desquitado/divorciado	1	1,2
Escolaridade (Em anos)	Sem escolaridade	20	23,8
	1 4	23	27,4
	4 8	36	42,9
	8 ou mais	5	6,0
Renda individual (Salários mínimos)	Sem renda	11	13,1
	< 1	4	4,8
	1	35	41,7
	1 3	27	32,1
	3 5	6	7,1
	> 5	1	1,2

A tabela 1 demonstra que entre os idosos com HAS e DM, houve predomínio do sexo feminino (70,2%). Este dado corrobora com pesquisa entre adultos e idosos com HAS associado ao DM, residentes na zona rural do estado de São Paulo (62,5%)⁽¹⁴⁾. Esse resultado está em consonância com a tendência mundial da feminilização do envelhecimento⁽¹⁵⁾. Destaca-se ainda que pelo fato de as mulheres procurarem com mais frequência que os homens pelos serviços de saúde, podem favorecer o diagnóstico destas morbidades⁽⁸⁾.

Prevaleceram aqueles com idade entre 60 a 69 anos (61,9%). Pesquisa com idosos de Santa Rosa-RS, com HAS e DM, residentes na zona rural, obteve resultado semelhante à referida faixa etária (61,2%)⁽¹⁵⁾. Em relação às doenças crônicas a literatura científica tem demonstrado uma elevação percentual importante com o avançar da idade⁽³⁾.

A maioria era casada ou morava com companheiro (64,3%), Tabela 1. A porcentagem de idosos casados ou que moravam com companheiro, obtido em estudo realizado com adultos e idosos com HAS e DM, residentes na zona urbana de Uberaba-MG (53,3%)⁽⁸⁾ foi inferior a esta pesquisa. O cônjuge pode representar papel importante em relação ao estabelecimento de uma rede apoio ao idoso que apresenta HAS e DM, que em conjunto com os profissionais de saúde pode ser fonte de estímulo à manutenção do autocuidado e à adesão ao plano terapêutico.

O maior percentual referiu 4-8 anos de estudo (42,9%). A escolaridade é um fator relevante no que condiz ao acesso e adequação dos cuidados prestados. Evidencia-se que na zona rural, geralmente, os idosos possuem menor escolaridade⁽²⁾. Entretanto, a maior escolaridade pode facilitar o acesso a informações e recursos de comunicação, refletindo na procura pelos serviços de saúde.

Prevaleceu a renda individual mensal de um salário mínimo (41,7%), Tabela 1. Condizente aos dados do Censo de 2010, no qual a maioria dos idosos, das zonas urbana e rural, declarou possuir baixa renda, normalmente, proveniente da aposentadoria⁽¹⁾. É possível que a renda individual tenha repercussão na procura pelos serviços de saúde, afetando, assim, no autorrelato da doença e, conseqüentemente, no

subdiagnóstico. Essas dificuldades podem ser amenizadas com o apoio das ESFs que atuam na zona rural do município, em que o contato com a comunidade torna-se mais próximo.

Concernente aos hábitos de saúde, a maioria dos idosos com HAS e DM, o autor referiu não praticar atividade física (70,2%). Este fato pode estar relacionado às dificuldades territoriais e poucas opções que se tem na zona rural. Destaca-se que o exercício físico diminui a taxa de açúcares no sangue e é importante também na prevenção e tratamento da HAS, diminuindo seus níveis pressóricos e impedindo o desenvolvimento de outros fatores de risco cardiovascular⁽¹¹⁾. Na zona rural, considerando-se que os espaços físicos para realização de exercícios são diferentes da zona urbana, deve-se incentivar a prática de atividades rotineiras como plantar, caminhar, cuidar dos animais, incentivando assim a realização de exercícios físicos neste ambiente.

Destaca-se que na presente pesquisa apenas 3,6% autorreferiram tabagismo e 16,7% referiram ingerir álcool. Pesquisa realizada com adultos e idosos na zona urbana de Uberaba-MG obteve que 19,4% tinham o hábito de fumar⁽⁸⁾, superior ao encontrado neste estudo. A baixa prevalência de tabagistas pode indicar uma atuação positiva dos serviços de saúde atuantes nesta localidade. O maior acompanhamento dos profissionais de saúde e a maior procura dos idosos pelo serviço, devido à necessidade de controle das doenças crônicas, podem repercutir no aumento à exposição do idoso às atividades de educação em saúde que estimulem o abandono do tabagismo⁽¹⁶⁾. Porém, os profissionais da área da saúde, muitas vezes, tendem a não empenhar-se no estímulo da cessação do tabagismo entre os idosos, por considerarem que estão em uma faixa etária avançada e por não quererem privá-los de uma fonte de prazer. Contudo, ressalta-se a importância que deve ser dada também aos idosos portadores de doenças crônicas e fumantes, visto que essa situação pode contribuir para maiores complicações e, inclusive, propiciar o aparecimento de outras comorbidades⁽¹⁶⁾.

Quanto ao hábito de ingerir álcool existem evidências que o consumo de bebidas alcólicas pode elevar os níveis de PA. Para idosos com

diabetes e HAS recomenda-se que quando existir a ingestão de álcool que seja moderada, não ultrapassando 10-20 g de álcool por dia⁽¹¹⁾.

Referente ao IMC, entre os idosos do sexo masculino a média foi de 28,4 Kg/m² (DP=4,75), o que indica sobrepeso; e a média da CA foi de 105,23 cm, considerado fator de risco para HAS e DM (DP=12,04). Já para o sexo feminino, a média do IMC foi de 28,17 Kg/m², também indicando sobrepeso (DP=4,69) e a CA foi de 101,39 cm (DP=13,15). É importante ressaltar que o IMC nas faixas de sobrepeso e obesidade tem grande magnitude caracterizada por ser um fator de risco tanto para DM quanto para HAS⁽¹¹⁾.

Dentre as comorbidades autorreferidas investigadas, destacaram-se como prevalentes os problemas de visão (72,6%), seguido pelos problemas de circulação (40,4%), problemas cardíacos (39,3%) e obesidade (32,1%). No que concerne os problemas de visão, torna-se relevante que o enfermeiro esteja atento às queixas relacionadas aos problemas visuais entre os idosos com HAS e DM, uma vez que podem ser fatores que dificultam o uso correto de medicamentos. Além disso, pode gerar maior dependência de outras pessoas, impactando na autoestima do idoso e repercutindo na menor adesão à terapêutica.

Referente aos problemas de circulação e cardíacos são relevantes por estarem relacionadas às doenças arteriais coronarianas, cerebrovasculares e de vasos periféricos, interferindo na qualidade de vida e produtividade dos acometidos⁽¹¹⁾. Assim, a equipe de saúde deve estar atenta ao desenvolvimento de alterações no aparelho cardiovascular e circulatório, a fim de prevenir complicações oriundas destas morbididades.

Quanto à obesidade, destaca-se que está diretamente relacionada ao maior risco para o desenvolvimento de DM, HAS e dislipidemia⁽¹¹⁾. A equipe multiprofissional deve incentivar a prática de atividades físicas, aproveitando os espaços existentes na área rural e sensibilizar para as alterações de hábitos alimentares. O consumo de gordura deve ser diminuído a fim de evitar complicações, como as coronarianas; e a obesidade, uma vez que esta pode ocasionar elevação dos valores tensionais⁽¹⁷⁾.

A maioria dos idosos (70,2%) referiu retirar a gordura da carne, raramente ou nunca consumir alimentos industrializados ou frituras (61,9%), não acrescentar mais sal no alimento, após estar servido no prato (96,4%), não consumir doce ou consumir raramente (70,2%) e utilizar somente óleo vegetal para cozinhar os alimentos (71,4%). Contudo, verificou-se que entre os idosos 13,1% utilizavam banha animal ou manteiga e 15,5% banha animal e óleo vegetal. Os hábitos alimentares em pesquisa desenvolvida com adultos e idosos com HAS e/ou DM, em Teixeira-MG, foram semelhantes ao deste estudo, em que 97,3% daqueles com HAS e 96,7% com DM, relataram não acrescentar mais sal na comida⁽⁶⁾. Porém, em outro estudo realizado com adultos e idosos hipertensos verificaram que na mudança de hábitos de vida a redução do consumo de sal foi um dos aspectos em que os usuários relatavam maior dificuldade em abandonar (25,9%)⁽¹⁸⁾. O enfermeiro pode realizar ações de educação em saúde sensibilizando-os a usar outros tipos de temperos naturais em substituição ao sal, podendo inclusive ser cultivados, nas próprias hortas e quintais, considerando o meio rural.

Estudo realizado com idosos com HAS e DM na zona urbana de Teresina-PI verificou que os entrevistados consumiam em média 1,8 porções de doce diariamente, divergente ao resultado da presente pesquisa⁽⁷⁾. Nessa perspectiva, a equipe de saúde deve sensibilizar os idosos para mudanças de hábitos de vida e oferecer apoio nessa fase de adaptação.

Em relação ao predomínio do uso de óleo vegetal, resultado semelhante foi verificado em estudo com adultos e idosos com HAS e/ou DM, na zona urbana de Teixeira-MG, sendo de 72,5% em idosos com HAS e 86% com DM⁽⁶⁾. Ressalta-se, porém, o percentual de idosos do presente estudo que consumiam banha animal ou manteiga. É salutar que a equipe de saúde que atua na zona rural sensibilize o idoso às mudanças de hábitos de vida, incentivando-os a abandonar ou reduzir o uso de gorduras como estas e a também reduzir o consumo de óleo vegetal no preparo dos alimentos.

As mulheres idosas apresentaram duas vezes mais chances do que os homens ($\beta=2,55$) de ter HAS e DM associados (Tabela 2). O maior risco das mulheres idosas apresentaram HAS e DM

associados pode estar relacionado a mudanças hormonais que acompanham o envelhecimento das mulheres. Por outro lado, o fato dos homens não procurarem o serviço de saúde com

frequência, pode inviabilizar o diagnóstico⁽¹¹⁾, limitando as ações de saúde voltadas a essa clientela.

Tabela 2. Fatores associados à presença de HAS e DM em idosos residentes na zona rural. Uberaba, 2011. (N=454)

Variáveis	Modelo Inicial			Modelo Final		
	β^*	IC (95%)	<i>p</i>	β^*	IC (95%)	<i>p</i>
<i>Sexo</i>						
Feminino	2,59	1,417-4,470	0,002	2,55	1,456-4,491	0,001
<i>Faixa Etária</i>						
80 ou mais	2,47	1,190-8,486	0,065	-	-	-
<i>Tabagismo</i>						
Sim	0,16	0,047-0,524	0,003	0,16	0,050-0,548	0,003
<i>Uso de álcool</i>						
Sim	0,46	0,201-0,804	0,027	0,45	0,228-0,892	0,022
<i>Sobrepeso</i>						
Sim	3,27	2,376-7,769	<0,001	3,11	1,833-5,306	<0,001

Observou-se que o tabagismo ($\beta=0,16$) e o consumo de álcool ($\beta=0,45$) foram considerados fatores de proteção para a presença de HAS e DM, Tabela 2, possivelmente pela relação reversa de causalidade, ou seja, o abandono destes hábitos em decorrência dos problemas de saúde. Considerando que no presente estudo a população era coberta pelas ESFs, acredita-se que este fato esteja relacionado a orientações recebidas durante as consultas médicas e pelo acompanhamento da equipe de saúde. Portanto, infere-se que, em decorrência da presença da HAS e DM, em concomitância, os idosos podem ter modificado o padrão de comportamento, abandonando o hábito de fumar e de consumir álcool, por influência dos serviços de saúde, reconhecendo como fatores que podem contribuir para o advento de complicações crônicas. Inquérito realizado em João Pessoa-PA verificou que a redução no consumo de álcool e cessação do tabagismo estiveram entre as orientações que obtiveram a melhor taxa de adesão entre os idosos hipertensos. Evidenciou-se que eles estavam cientes da importância de abandono destes hábitos para o controle da pressão arterial⁽¹⁹⁾.

O sobrepeso foi o preditor que mais contribuiu para a presença dessas comorbidades, uma vez que os idosos com sobrepeso apresentaram três vezes mais chances que os demais de desenvolver HAS e DM ($\beta=3,11$), Tabela 2. Pessoas com sobrepeso possuem maiores chances de desenvolver HAS e DM do tipo 2, além de ser considerado fator de risco para outras condições crônicas⁽¹¹⁾. Nesse contexto, é relevante que sejam incentivadas práticas alimentares e estilo de vida saudável, visando a redução de peso. Em estudo realizado com idosos em São Paulo verificaram que aqueles com DM podem apresentar melhora no controle metabólico, reduzir a PA e melhorar os índices antropométricos a partir da prática de exercícios aeróbicos, por pelo menos três vezes na semana. Os pesquisadores ressaltam ainda que a prática de atividade física deve ser incentivada desde a infância⁽²⁰⁾.

Como limitação do presente estudo evidencia-se o autorrelato da HAS e DM e os hábitos de saúde. Porém, ainda que não tenha sido objetivo desse estudo, identificou-se durante a coleta dos dados que os idosos que referiram HAS e DM possuem acompanhamento

pela ESF, o que pode significar que existe o diagnóstico destas doenças.

CONCLUSÃO

Os dados obtidos nesta investigação possibilitaram ampliar o conhecimento sobre as características socioeconômicas e condições de saúde dos idosos com HAS e DM residentes na zona rural. Entre os idosos investigados as mulheres e aqueles com sobrepeso apresentaram risco aumentado de ter HAS e DM; os que referiram fumar e ingerir álcool apresentaram risco diminuído. Evidencia-se a necessidade de estratégias que visem desenvolver atividades educativas direcionadas a este grupo populacional, com o intuito de minimizar o risco

de complicações entre os idosos que apresentam doenças crônicas.

As ESFs que atuam na zona rural podem desenvolver ações específicas a essa clientela estimulando a adequação para hábitos de vida saudáveis, como os relacionados a questões alimentares, realização de atividades física, aproveitando os espaços na própria comunidade, além do estímulo à cessação ou diminuição do tabagismo e uso de álcool.

Salienta-se que estes resultados podem servir como fonte de apoio para a formulação de ações e políticas públicas, voltadas principalmente para os fatores de risco para HAS e DM, fortalecendo a gestão e os serviços de saúde, com vistas a melhorar as condições de saúde e de vida desta população.

FACTORS ASSOCIATED WITH SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS IN RURAL ELDERLY

ABSTRACT

The objectives of this study were to describe socioeconomic, health and dietary habits of elderly with hypertension and diabetes mellitus, and to identify factors associated with the presence of these morbidities among the elderly in rural areas the Uberaba-MG. This is an analytical and cross between 84 older adults with hypertension and diabetes mellitus. We carried out interviews with questionnaires. We used descriptive analysis and logistic regression ($p < 0.05$), using the SPSS 17.0 software. Predominated elderly female, with 60-70 years, married, 4-8 years of education and income of a minimum wage. The prevalent morbidities were vision problems, circulation, heart disease and obesity. Most said: remove fat from meat, rarely consume processed foods and / or fried foods, not adding salt after the food is ready, rarely or never consume sweet, use vegetable oil for cooking; sedentary lifestyle, not a smoker nor drinker. Female gender and overweight remained significant predictors of hypertension and diabetes mellitus, alcohol consumption and smoking found to be protective factors. We highlight the need for action on health in rural areas, aimed at health promotion and disease prevention among these seniors.

Keywords: Aged. Hypertension. Diabetes Mellitus. Rural Population.

FACTORES ASOCIADOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA Y DIABETES MELLITUS EN ANCIANOS RURALES

RESUMEN

Los objetivos de este estudio fueron describir las características socio-económicas, de salud y hábitos nutricionales de ancianos con hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus, e identificar los factores asociados a la presencia de estas morbilidades entre los ancianos de la zona rural de Uberaba-MG. Se trata de un estudio analítico y transversal entre 84 ancianos con hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus. Fueron realizadas entrevistas con cuestionarios. Se utilizó el análisis descriptivo y de regresión logística ($p < 0,05$), a través del software SPSS 17.0. Predominaron los ancianos del sexo femenino, con 60-70 años, casados, 4-8 años de educación y renta de un salario mínimo. Las morbilidades prevalentes fueron: problemas de vista, circulación, cardíacos y obesidad. La mayoría relató quitar la grasa de la carne, raramente consumir alimentos procesados y/o alimentos fritos, no añadir sal después de la comida ya lista, raramente o nunca consumir dulce, utilizar aceite vegetal para cocinar, estilo de vida sedentario, no ser fumador ni bebedor. El sexo femenino y el sobrepeso se mantuvieron como pronósticos de la hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus; el consumo de alcohol y el tabaquismo resultaron ser factores protectores. Se destaca la necesidad de acciones en salud en las zonas rurales, pretendiendo la promoción de la salud y la prevención de agravios entre las personas mayores.

Palabras clave: Anciano. Hipertensión. Diabetes Mellitus. Población Rural.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; 2010.
2. Morais EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto & contexto enferm.* 2008 abr/jun.; 17(2):374-83.
3. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios, 1993, 2003 e 2008. *Epidemiol. serv. saúde.* 2012 jan/mar.; 21(1):7-19.
4. Pereira APFV, Rodrigues RN, Machado CJ. Fatores associados à prevalência de diabetes auto-referido entre idosos de Minas Gerais. *Rev. bras. estud. popul.* 2008 jul/dez.; 25(2):365-76.
5. Henrique NN, Costa PS, Vileti JL, Corrêa MCM, Carvalho EC. Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica. *Rev. enferm. UERJ.* 2008 abr/jun.; 16(2):168-73.
6. Cotta RMM, Reis RS, Batista KCS, Dias G, Alfenas RCG, Castro FAF. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. *Rev. nutr.* 2009 nov/dez.; 22(6):823-35.
7. Martins MPSC, Gomes ALM, Martins MCC, Mattos MA, Souza Filho MD, Mello DB et al. Consumo alimentar, pressão arterial e controle metabólico em idosos diabéticos hipertensos. *Rev. Bras. Cardiol.* 2010 maio/jun.; 23(3):162-70.
8. Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. Qualidade de vida em indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família. *Texto & contexto enferm.* 2008 out/dez.; 17(4):672-9.
9. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. neuro-psiquiatr.* 1994 mar.; 52(1):1-7.
10. Ramos LR. Growing old in São Paulo, Brazil. Assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community. 1987. [thesis]. London (UK): London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1987.
11. Organização Pan-Americana de Saúde. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília(DF); 2010.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Como está sua alimentação? Brasília(DF); 2006.
13. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care.* 1994 mar.; 21(1):55-67.
14. Marteli CA, Alves AG, Padovani CR. Síndrome metabólica: estudo a partir de características demográficas, de estilo de vida e de controle da doença, em usuários hipertensos de Unidade Básica de Saúde de zona rural de cidade do interior paulista. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade.* 2008 abr/jun.; 4(13):28-39.
15. Breitenbach FK, Benvegati LA, Fischer E. Análise da distribuição dos fatores de risco para internações repetidas em idosos residentes em área rural. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade.* 2009 jan/mar.; 4(16):289-97.
16. Zaitune MPA, Barros MBA, Lima MG, César CLG, Caradina L, Goldbaum M et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: inquérito de saúde no estado de São Paulo (ISA-SP). *Cad. saúde pública.* 2012 mar.; 28(3):583-95.
17. Piat J, Felicetti CR, Lopes AC. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. *Rev bras hipertens.* 2009 abr/jun.; 16(2):123-9.
18. Reiners AAO, Seabra FMF, Azevedo RCS, Sudré MRS, Duarte SJH. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. *Cienc Cuid e saúde.* 2012 jul/set.; 11(3):581-7.
19. Dourado CS, Macêdo-Costa KNF, Oliveira JS, Leadebal ODCP, Silva GRF. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. *Acta sci., Health sci.* 2011 jan/jun.; 33(1):9-17.
20. Monteiro LZ, Fiani CRV, Freitas MCF, Zanetti ML, Foss MC. Redução da Pressão Arterial, do IMC e da glicose após treinamento aeróbico em idosos com diabetes tipo 2. *Arq. Bras. Cardiol.* 2010 out.; 95(5):563-70.

Endereço para correspondência: Darlene Mara dos Santos Tavares: Rua Jonas de Carvalho, 420 – Olinda, CEP. 38055-440, Uberaba, Minas Gerais.

Data de recebimento: 10/12/2012

Data de aprovação: 01/10/2013