PREVALÊNCIA REFERIDA, FATORES DE RISCO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM IDOSOS

Chrystiany Plácido de Brito Vieira*

Juliete de Jesus do Nascimento**

Samyra Sthefania Barros***

Maria Helena Barros Araújo Luz****

Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle*****

RESUMO

Objetivou-se identificar a prevalência referida de hipertensão arterial e os fatores de risco; e levantar as práticas de controle entre idosos adscritos a uma Estratégia Saúde da Família de Teresina, Piauí, Brasil. Estudo descritivo, transversal, quantitativo, realizado de maio a julho de 2014, com 126 idosos, mediante entrevista domiciliar. Utilizaram-se estatística descritiva e o teste Qui-Quadrado para verificar as associações, com nível de significância de $p < 0,05$. A idade média foi de 70 anos ($\pm 8,0$), maioria mulheres (69,8%), com ensino fundamental (58,8%) e baixa renda familiar (51,6%). A prevalência referida de hipertensão arterial foi de 63,5%. Encontrou-se associação estatística entre a prevalência de hipertensão arterial e as variáveis idade ($p = 0,021$) e ter trabalho remunerado ($p = 0,004$). A principal prática de controle referida foi o uso de medicamentos anti-hipertensivos, mas 16,2% com uso irregular. A prevalência encontrada foi elevada e os resultados evidenciaram as dificuldades de adesão ao tratamento medicamentoso e às outras práticas de tratamento, o que requer atenção especial por parte dos profissionais, em especial do enfermeiro.

Palavras-chave: Hipertensão. Idoso. Saúde da Família. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O Brasil enfrenta, na atualidade, os desafios do processo do envelhecimento populacional, resultante da mudança na estrutura etária, a qual está ocorrendo em ritmo acelerado, marcada pela heterogeneidade nas diferentes regiões brasileiras e pelo contexto socioeconômico desfavorável⁽¹⁾.

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo que causa diversas alterações no organismo, sejam de ordem morfológica, psicológica, funcional ou biológica, acarretando diminuição da capacidade funcional e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis⁽²⁾. As alterações se originam do acúmulo de danos, ao longo da vida, causados, sobretudo, pela interação entre fatores genéticos e hábitos não saudáveis, como dieta desbalanceada, tabagismo, etilismo e sedentarismo⁽¹⁾.

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis, a hipertensão arterial (HA) é a mais

prevalente⁽³⁾, constituindo condição clínica crônica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, tem alta prevalência, porém baixas taxas de controle. Por esses motivos, é um dos mais importantes problemas de saúde pública, visto que a morbimortalidade e os custos com o tratamento desta são elevados⁽⁴⁾. Ademais, gera aumento do risco de comorbidades, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. Além disso, muitas vezes é assintomática, o que dificulta a procura, por parte dos indivíduos, pelos serviços de saúde para diagnóstico e adesão ao tratamento⁽⁵⁾.

Como a prevalência de HA em indivíduos acima de 60 anos é alta⁽⁶⁾, o grande desafio é conhecer o impacto da doença nessa parcela da população, os fatores associados e o tratamento realizado⁽⁴⁾, que contribuirá para o planejamento e a implementação das ações eficientes e de qualidade voltadas para esse grupo populacional⁽⁷⁾.

Nesse contexto, a ampliação da cobertura dos serviços básicos de saúde proporcionada pela

*Enfermeira. Doutoranda Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (UFPI), Departamento de Enfermagem (UFPI). Teresina, PI, Brasil. E-mail: chrystianyplacido@yahoo.com

**Enfermeira. Graduada. Teresina, PI, Brasil. E-mail: jhuli_nascimento@hotmail.com

***Enfermeira. Graduada. Teresina, PI, Brasil. E-mail: barros_11@live.com

****Enfermeira. Doutora, Departamento de Enfermagem (UFPI). Teresina, PI, Brasil. E-mail: mhelenal@yahoo.com

*****Enfermeira. Doutora, Departamento de Enfermagem (UFPI). Teresina, PI, Brasil. E-mail: andreiarncvalle@hotmail.com

Estratégia Saúde da Família (ESF) melhorou o acesso da população aos serviços básicos de saúde, o que permitiu, entre outros avanços, a criação de vínculo entre os usuários e a equipe de saúde, favorecendo acompanhamento mais sistemático e ampliação das atividades de promoção e prevenção, somando esforços à implantação das diretrizes propostas de atenção à HA⁽⁸⁾.

Partindo desse princípio, percebeu-se a necessidade de realizar este estudo, com objetivo de identificar a prevalência referida de HA e os fatores de risco desta; e levantar as práticas de controle entre idosos adscritos a uma Estratégia Saúde da Família de Teresina, Piauí, Brasil.

O levantamento desses dados permitirá a identificação de idosos hipertensos, bem como os fatores que incidem sobre a prevalência e as medidas de controle realizadas, para que se possa, assim, fornecer informações relevantes para os profissionais de saúde que atuam na ESF, principalmente o enfermeiro, direcionando as ações para prevenção e controle da HA.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma ESF, sediada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na cidade de Teresina, Piauí, Brasil. A referida unidade pertence à Diretoria Regional de Saúde (DRS) Centro-Norte e conta com quatro equipes, destas, a ESF escolhida para a pesquisa por meio de sorteio apresenta 660 famílias cadastradas e desenvolve atividades no turno da tarde.

A população de estudo foi constituída por 208 idosos residentes na área adstrita à ESF de estudo. Utilizando o cálculo para amostra probabilística e aleatória e aplicando a correção de Cochran para populações finitas, obteve-se amostra inicial de 115 que foi aumentada em 10% para compensar possíveis perdas durante a coleta de dados, resultando em amostra final de 126 idosos. Foi elaborada lista numerada de modo sequencial, conforme cadastro dos idosos da equipe e foi sorteado, por meio do software R (*Project for Statistical Computing*), versão 3.0.2, o número de elementos necessários para compor a amostra.

Como critérios de inclusão, definiram-se: ser pessoa idosa com 60 anos ou mais e estar cadastrado na ficha A. Foram excluídos os idosos que apresentassem alguma condição que os

impedissem de compreender o roteiro de entrevista (demências, distúrbios psíquicos e/ou distúrbios de linguagem) e de participar na pesquisa, referidas pela família ou equipe de saúde.

A coleta dos dados ocorreu de maio a julho de 2014, por meio de entrevistas realizadas pelas pesquisadoras, previamente treinadas sobre instrumentos de coleta de dados e técnica de entrevista. As entrevistas foram realizadas diretamente com o idoso, durante visitas domiciliares previamente agendadas pelos agentes comunitários de saúde. Para coleta dos dados, utilizou-se formulário de entrevista semiestruturado, com questões relacionadas ao perfil sociodemográfico e econômico (idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, aposentadoria, trabalho remunerado, renda familiar), à hipertensão arterial referida (sim, não, não sabe e tempo de evolução), aos fatores de risco associados (tabagismo, uso de bebida alcoólica, atividade física, antecedentes familiares de HA, outros problemas de saúde) e às práticas de cuidado (uso do serviço de saúde, uso de tratamento medicamentoso, uso regular de medicação anti-hipertensiva, participação em grupos de discussão ou apoio, se sabe o que fazer para controlar a HA, medidas de controle utilizadas), esta última parte aplicada somente aos participantes que referiram ser hipertensos.

Após a coleta dos dados, foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®, versão 17.0) for Windows, para organização e análise dos dados. As variáveis quantitativas foram apresentadas por meio de estatística descritiva (média e desvio padrão) e as qualitativas, por meio de proporção. Os fatores associados à HA foram verificados pelo teste Qui-Quadrado de Pearson, considerando nível de significância de $p < 0,05$.

O estudo seguiu as recomendações éticas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí que emitiu parecer favorável, conforme CAAE nº 28793414.4.0000.5214.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao perfil sociodemográfico da amostra estudada, verificou-se que dos 126 idosos entrevistados, 69,8% eram mulheres, apresentando

idade média de 70 anos ($\pm 8,0$), sendo a maioria (56,3%) na faixa etária de 60 a 69, seguida por 28,6%, de 70 a 79, e 15,1%, de 80 a 89 anos. A maioria dos idosos era casada (54%), sendo que viúvos e solteiros representaram, respectivamente, 27,8% e 10,3%. Quanto à escolaridade, 58,8% tinham apenas o ensino fundamental, 19,8% eram sem escolaridade e apenas 6,3% tinham ensino superior completo.

O predomínio de mulheres pode ser explicado pelo processo de feminização da velhice, devido à mortalidade masculina ser superior à feminina, especialmente nas idades avançadas, dando às mulheres maior longevidade e possibilidade de desenvolver deficiências físicas e mentais ou doenças referidas⁽⁹⁾. Este dado também pode ser explicado pela tendência da mulher em ter maior percepção acerca das doenças e do autocuidado, buscando mais frequentemente a assistência médica, de modo a aumentar a probabilidade de diagnóstico de doenças⁽¹⁰⁾.

Em relação à idade, outra pesquisa realizada no Brasil revelou a predominância de idosos na faixa etária de 60 a 69 anos⁽⁷⁾, ou seja, idosos jovens, o que pode ser explicado pelo fato de que o envelhecimento populacional no Brasil, diferentemente dos países desenvolvidos, iniciou mais recente, a partir da década de 1960, com a queda da taxa de fecundidade.

O nível de escolaridade baixo, que caracterizou a amostra estudada, é um dos mais importantes indicadores das condições de saúde da população e está intimamente relacionado à idade no Brasil, visto que muitos idosos deste século não tiveram oportunidades de estudo na juventude⁽¹¹⁾. Por essa razão, torna-se essencial considerar a avaliação do nível de escolaridade como fator importante para promoção de ações de atenção à saúde.

Em relação à caracterização socioeconômica, 75,4% da amostra era aposentada, mas 24,6% ainda tinham trabalho remunerado. A renda familiar da maioria (51,6%) era de até dois salários mínimos, sendo que 24,6% relataram renda familiar menor que um salário mínimo.

A baixa escolaridade constitui dado preocupante na avaliação de saúde do idoso, pois a escolaridade é um dos fatores determinantes das doenças crônicas e, quanto mais baixa, de modo geral, maior a prevalência destas doenças e das complicações decorrentes da evolução das mesmas⁽¹²⁾.

Como verificado, parte dos idosos da pesquisa apresentava baixa renda familiar e realizava algum tipo de trabalho remunerado. É comum o idoso retornar ou continuar no mercado de trabalho para ajudar a complementar a renda familiar, pois, em inúmeras situações, o benefício da aposentadoria não é suficiente para cobrir os gastos pessoais, além de ser também uma forma do idoso se sentir útil, ocupar e se reconhecer como ser produtivo em uma sociedade capitalista⁽¹³⁾.

Em relação aos fatores de risco, dos idosos entrevistados, 10,3% eram tabagistas, 9,5% faziam uso de bebida alcoólica, 65,9% não praticavam atividade física regular, 68,3% referiram ter antecedentes familiares de HA e 70,6% apresentavam pelo menos uma outra comorbidade, sendo as mais referidas: artrite/artrose (36,5%), osteoporose (22,2%) e diabetes (20,6%).

Os comportamentos e estilos de vida possuem influência sobre a saúde dos idosos e dentre aqueles com maior influência, destacam-se a falta de atividade de atividade física, o tabagismo e o abuso do álcool, que determinam diretamente a ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis⁽¹⁴⁾. A prática de atividade física regular durante o processo de envelhecimento traz vários benefícios, como melhora do nível de atividade física dos idosos e contribui para manutenção e/ou melhoria da capacidade funcional e, conseqüentemente, para o envelhecimento saudável⁽¹⁵⁾, além de favorecer o bem-estar.

A probabilidade de adquirir uma doença ou incapacidade crônica aumenta com o passar dos anos⁽¹⁶⁾, por isso é frequente a multiplicidade de morbidades em um mesmo idoso.

A prevalência de HA referida pelos entrevistados foi de 63,5% (IC95%: 55,0-72,0), ou seja, dos 126 idosos, 80 referiram ser hipertensos. Parcela importante dos idosos hipertensos (35%) tinha a doença há mais de 10 anos. Estudo descritivo, quantitativo e de série histórica, cujo objetivo era observar a evolução da prevalência de HA em indivíduos idosos no Brasil, entre os anos de 2006 e 2010, levantou nas cinco regiões geográficas do país prevalência média de HA acima de 50%, em todos os anos analisados⁽¹⁾.

A HA é um agravo de alta prevalência nacional que, muitas vezes, apresenta comorbidades associadas e um elevado risco de mortalidade. É considerada um dos maiores fatores de risco para as doenças cardiovasculares, com repercussões na

qualidade de vida dos indivíduos, o que implica negativamente na avaliação geral de qualidade de vida⁽¹⁷⁾.

Outro fato a ser destacado é que essa prevalência elevada revela conhecimento dessa população estudada sobre seu estado de saúde, refletindo, também, que as iniciativas de órgãos e de profissionais de saúde na detecção da HA têm trazido resultados. Contudo, o conhecimento sobre o estado de saúde não implica necessariamente mudança de comportamento⁽⁸⁾ e o presente estudo não informa sobre o nível de controle pressórico desses idosos.

Em relação ao tempo de evolução da doença levantado, evidencia-se a característica da cronicidade da doença. Deve-se observar o tempo da doença, pois aliada à ausência de sintomatologia

específica e complicações de longo prazo advindas do não controle da hipertensão, tende a se constituir em fatores dificultadores do processo de adesão ao tratamento e consequente controle satisfatório dos níveis tensionais⁽¹⁷⁾.

Na análise da associação da prevalência da HA referida com as características sociodemográficas e econômicas da população, observou-se que essa prevalência foi maior entre as mulheres, nas pessoas com idade menor que 70 anos, nos solteiros e/ou divorciados e de menor escolaridade, nos aposentados, nos que não trabalham e nos que apresentam renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, sendo encontradas associação estatisticamente significativa com faixa etária ($p=0,021$) e ter trabalho remunerado ($p=0,004$) (Tabela 1).

Tabela 1. Associação da prevalência referida de hipertensão arterial com características sociodemográficas e econômicas dos idosos participantes. Teresina-PI, 2014 (n=126).

Variáveis	Hipertensão Arterial				p*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					0,650
Feminino	57	71,2	31	67,4	88
Masculino	23	28,8	15	32,6	38
Faixa etária (em anos)					0,021
60-69	38	47,5	33	71,3	71
70-79	26	32,5	10	21,7	36
80-89	16	20,0	03	6,5	19
Estado civil					0,219
Solteira/Divorciada	45	56,2	23	50,0	68
Casada/União estável	11	13,8	12	26,1	68
Viúva	24	30,0	11	23,9	35
Escolaridade					0,697
Sem escolaridade	18	22,5	07	15,2	25
Ensino Fundamental	49	61,2	25	54,3	74
Ensino médio ou mais	13	16,2	14	30,4	27
Aposentado					0,249
Sim	63	78,8	32	69,6	95
Não	17	21,2	14	30,4	31
Trabalho remunerado					0,004
Sim	13	16,2	18	39,1	31
Não	67	83,8	28	60,9	95
Renda familiar (SM)**					0,412
≤ 1	21	26,2	10	21,7	31
1 – 2	43	53,8	22	47,8	65
≥ 2	16	20,0	14	30,4	30

Legenda: *Teste qui-quadrado de Pearson; **SM: Salário mínimo (R\$: 720,00)

A idade representa fator de risco para HA, o que pode ser verificado no presente estudo. A prevalência de fatores de risco, como a HA, aumenta com o envelhecimento. Porém, sabe-se que, apesar de o avanço da idade aumentar o risco

para as doenças crônicas, tornando-se um preditor para pior qualidade de vida, quando relacionada ao adulto, os idosos se ajustam melhor frente às limitações decorrentes da doença⁽⁴⁾.

Ter trabalho remunerado apresentou associação

estatística com prevalência de HA. No entanto, a manutenção do trabalho remunerado pode ter efeito protetor por mecanismos de suporte social semelhantes aos que explicam o efeito protetor do relacionamento mensal com amigos, pois o convívio com outras pessoas proporciona relações fundamentais de cooperação e interatividade, com desafios diários que mantêm o trabalhador ativo e auxiliam na manutenção da capacidade funcional⁽¹⁸⁾.

Apesar do estudo não ter evidenciado associação estatística significativa entre a prevalência de HA e o sexo, observou-se maior número de casos entre as mulheres. Desta forma, pode-se relacionar essa porcentagem maior entre as mulheres a maior tendência destas para o autocuidado e busca por assistência médica do que os homens⁽¹⁷⁾, o que poderia também ter aumentado a probabilidade de ter a HA diagnosticada.

Nesse sentido, os serviços de saúde devem desenvolver programas que incentivem os idosos do sexo masculino a procurarem pelos serviços de saúde para maior cuidado com a saúde. Neste contexto, o fortalecimento do Programa de Saúde do Homem, proposto pelo Ministério da Saúde, com acompanhamento periódico desses homens, traz maior possibilidade de acesso aos serviços de saúde.

O baixo nível educacional e a baixa renda familiar não apresentaram associação estatística com a prevalência da HA, apesar de que se observa consistente associação da HA com características indicativas de uma condição socioeconômica desfavorável, tais quais baixa escolaridade e baixa renda⁽¹⁰⁾, o que pode ser resultado de outros fatores que afetam a pressão arterial, como estresse, condições de trabalho e hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e dificuldade de acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento da HA.

Esse cenário aponta para a real necessidade de fortalecimento das políticas públicas de promoção da saúde e prevenção de doenças, especialmente para os subgrupos mais vulneráveis, a fim de que, mesmo diante do envelhecimento populacional, indicadores de saúde possam melhorar⁽¹⁰⁾.

Ao se associar a prevalência de HA com os fatores de risco levantados, não se encontrou associação estatística com as variáveis (Tabela 2),

o que pode ser explicado pela pequena amostra analisada. Sabe-se que consumo abusivo de álcool, inatividade física, excesso de peso, antecedentes familiares e tabagismo podem estar casualmente associados à elevação dos níveis pressóricos⁽¹²⁾. Por isso, a importância de levantar essas informações, pois com base nesse conhecimento, mudanças no estilo de vida têm sido indicadas na prevenção e no tratamento da HA.

No estudo, também não se verificou associação estatística entre a prevalência de HA e as comorbidades apresentadas. Sabe-se que a HA está associada ao maior risco de complicações vasculares, como doença isquêmica do coração, insuficiência cardíaca, hipertrofia ventricular esquerda, acidente vascular cerebral, doença renal crônica e hipertensão maligna⁽¹⁹⁾. O diagnóstico de HA é de fundamental importância para prevenção de tais comorbidades, principalmente por se tratar de uma população idosa.

A Tabela 3 revela que 78,8% dos entrevistados que referiram ser hipertensos, recebiam acompanhamento médico-ambulatorial regularmente, 100% fazia uso de medicação anti-hipertensiva, mas 16,2% referiram fazer uso da medicação irregularmente, 61,2% não participavam de grupos de discussão/apoio e 18,8% afirmaram não saber controlar a HA.

Quanto às medidas de controle adotadas, a adesão ao tratamento ainda representa problema a ser abordado com esses pacientes, como verificado no presente estudo. A não adesão à terapêutica medicamentosa é identificada pelo enfermeiro como importante problema de saúde que afeta grande número de idosos com doenças crônicas. Percebe-se que o esquecimento, a usual inexistência de sintomas e a desmotivação constituem os principais fatores para a não adesão ao tratamento medicamentoso⁽¹⁸⁾.

O objetivo de fármacos é, sobretudo, prevenir o risco de complicação cardiovascular, pois estes não curam a HA, somente a controlam. Pelo fato de a HA ser uma doença silenciosa, muitos idosos podem não se sensibilizarem acerca da importância do tratamento farmacológico, tornando-se fundamental saber se os medicamentos estão sendo tomados de acordo com a prescrição médica, mesmo que apresentem valores estáveis da PA.

Tabela 2. Associação da prevalência de hipertensão arterial com os fatores de risco apresentados pelos idosos participantes. Teresina-PI, 2014 (n=26).

Fatores de risco	Hipertensão Arterial				p*	
	Sim		Não			
	n	%	N	%		
Tabagismo					0,690	
Sim	07	8,8	06	13,0	13	
Não	43	53,8	22	47,8	65	
Ex-tabagista	30	37,5	18	39,1	48	
Consumo de álcool					0,208	
Sim	05	6,2	07	15,2	12	
Não	58	72,5	28	60,9	86	
Ex-etilista	17	21,2	11	23,9	28	
Prática de atividade física regular					0,149	
Sim	31	38,8	12	26,1	43	
Não	49	61,2	34	73,9	83	
Antecedentes familiares de HA					0,155	
Sim	56	70,0	30	65,2	86	
Não	08	10,0	10	21,7	18	
Não sabe	16	20,0	30	65,2	22	
Comorbidades**						
Nenhuma	20	25,0	17	37,0	37	0,156
Artrite/Artrose	33	41,2	13	28,3	46	0,145
Osteoporose	21	26,2	07	15,2	28	0,152
Diabetes	19	23,8	07	15,2	26	0,255
AVC	06	7,5	02	4,3	08	0,387
Problemas cardíacos	08	10,0	00	0,0	08	-
Problemas respiratórios	05	6,2	00	0,0	05	-
Outros	15	18,8	08	17,4	23	0,849

Legenda: *Teste qui-quadrado de Pearson; **Múltipla escolha

Tabela 3 - Dados relativos às práticas de controle desenvolvidas pelos idosos hipertensos participantes da pesquisa. Teresina-PI, 2014 (n=80).

Variáveis	N	%
Acompanhamento médico-ambulatorial		
Sim	63	78,8
Não	04	5,0
Às vezes	13	16,2
Uso de medicação anti-hipertensiva		
Sim	67	83,8
Sim, mas não regularmente	13	16,2
Participa de grupos de discussão/apoio		
Sim	31	38,8
Não	49	61,2
Sabe controlar a HAS		
Sim	46	57,4
Não	16	18,8
Muito pouco	19	23,8
Utiliza quais medidas de controle*		
Alimentação hipossódica	47	58,8
Prática de atividade física	18	22,5
Medicação anti-hipertensiva	80	100,0
Outros meios	08	10,0
Total	80	100,0

Legenda: *Múltipla escolha

O controle da HA não está relacionado, apenas, aos hábitos de vida saudável do indivíduo e ao tratamento medicamentoso, mas também à conscientização a respeito da doença e das comorbidades relacionadas. Portanto, melhor qualidade de vida dos indivíduos hipertensos pode estar diretamente relacionada à postura deles frente à doença e aos cuidados tomados para o controle da pressão arterial⁽⁴⁾.

A maior parte dos entrevistados relatou não participar de grupos de discussão sobre o tema. Deste modo, reitera-se que a educação em saúde se configura como prática prevista e realizada pelos profissionais que compõem a equipe de saúde da família, em que são abordados temas como medidas de controle da HA, orientações sobre alimentação, atividade física e uso correto dos medicamentos^(4,17). Logo, a equipe de saúde precisa ter conhecimento e habilidade de práticas de educação para influenciar o comportamento do hipertenso na obtenção de mudanças e manutenção destas⁽¹⁷⁾.

Parcela considerável dos participantes da pesquisa afirmou utilizar o serviço de saúde frequentemente, fator favorável na avaliação das metas da ESF. A maior proximidade do profissional de saúde com a população e a ênfase em ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais permitem prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e comorbidades⁽¹⁷⁾.

Deve-se destacar que os idosos apresentam dificuldades e pouca motivação para adesão ao tratamento, por conta da necessidade de mudanças no estilo de vida e pela falta de instrução quanto ao tratamento, os que o levam a fazer apenas terapia medicamentosa, sem outro tipo de cuidado com a saúde, o que requer atenção especial por parte dos profissionais⁽¹²⁾.

É importante referir que este estudo apresentou algumas limitações que impediram maiores generalizações, pois a pesquisa foi realizada com uma amostra de pacientes acompanhados por uma única equipe de ESF, não sendo representativa da

população. Além disso, não é uma pesquisa longitudinal, o que não permite identificar associações causais.

Outra limitação do presente estudo foi a utilização da informação referida sobre a presença da HA. No entanto, vários estudos, principalmente os de inquéritos de saúde de base populacional, utilizam informações referidas para as análises. A hipertensão referida é indicador apropriado, com sensibilidade e especificidade relativamente elevadas, e a morbidade autorreferida é muito utilizada em estudos epidemiológicos como indicador do estado de saúde, especialmente em pessoas idosas⁽¹⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se prevalência referida de HA de 63,5% em pessoas idosas assistidas por uma equipe de ESF, que apresentaram idade média de 70 anos de idade, maioria do sexo feminino, casada, com baixa escolaridade e renda familiar abaixo de dois salários. Ocorreu associação de HA com apenas duas variáveis: faixa etária e ter trabalho remunerado. Como principal medida de controle citada, destacou-se o uso de medicamentos anti-hipertensivos, apesar de que alguns não usavam regularmente, evidenciando as dificuldades de adesão ao tratamento medicamentoso e às outras práticas de tratamento, o que requer atenção especial por parte dos profissionais, em especial do enfermeiro, às outras medidas de controle.

Este estudo, apesar das limitações pela utilização de informação referida e pelo tamanho da amostra, permitiu conhecer a prevalência de HA na população de idosos estudada, bem como os fatores de risco relacionados e as medidas de controle realizadas, o que traz subsídios para ações de profissionais que atuam na atenção básica para o planejamento e desenvolvimento de ações de prevenção e controle, bem como das complicações associadas a esse agravo.

SELF-REPORTED PREVALENCE, RISK FACTORS AND HYPERTENSION CONTROL IN OLDER ADULTS

ABSTRACT

This study aimed to identify the self-reported prevalence of arterial hypertension and the risk factors, as well as to survey the control practices targeted at elderly patients registered in a Family Health Strategy in Teresina, Piauí, Brazil. This is a descriptive, cross-sectional, quantitative study conducted from May to July 2014, with 126 elderly people, through home interview. Descriptive statistics and the chi-square test were applied to verify associations with significance level of $p < 0.05$. The mean age of participants was 70 years (± 8.0), most were female (69.8%), with elementary education (58.8%), and low family income (51.6%). Self-reported prevalence of arterial hypertension was

63.5%. There was statistical association between arterial hypertension and the variables age ($p=0.021$) and performing a paid work ($p=0.004$). The main control practice mentioned was the use of antihypertensive medication; however 16.2% referred irregular use. It was found high prevalence and results revealed difficulties in adherence to drug treatment and other treatment measures, which requires special attention from professionals, particularly nurses.

Keywords: Hypertension. Elderly People. Family Health. Nursing.

PREVALENCIA REFERIDA, FACTORES DE RIESGO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ANCIANOS

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue identificar la prevalencia referida de hipertensión arterial y los factores de riesgo; y recopilar las prácticas de control entre ancianos adscritos a una Estrategia Salud de la Familia de Teresina, Piauí, Brasil. Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, realizado de mayo a julio de 2014, con 126 ancianos, mediante entrevista domiciliar. Se utilizaron estadística descriptiva y la prueba Cui-cuadrado para verificar las asociaciones, con nivel de significancia de $p<0,05$. La edad promedio fue de 70 años ($\pm 8,0$), mayoría mujeres (69,8%), con enseñanza primaria (58,8%) y baja renta familiar (51,6%). La prevalencia referida de hipertensión arterial fue del 63,5%. Se encontró asociación estadística entre la prevalencia de hipertensión arterial y las variables edad ($p=0,021$) y tener trabajo remunerado ($p=0,004$). La principal práctica de control referida fue el uso de medicamentos antihipertensivos, pero el 16,2% con el uso irregular. La prevalencia encontrada fue elevada y los resultados evidenciaron las dificultades de adhesión al tratamiento medicamentoso y a las otras prácticas de tratamiento, lo que requiere una atención especial por parte de los profesionales, en especial del enfermero.

Palabras clave: Hipertensión. Anciano. Salud de la Familia. Enfermería.

REFERENCIAS

1. Gottlieb MG, Schwanke CH, Gomes I, Cruz IB. Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011; 14(2):365-80.
2. Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto & Contexto Enferm.* 2012; 21(3):513-18.
3. Mendes GS, Moraes CF, Gomes L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Rev Bras Med Fam Comunidade [on-line].* 2014 [citado 2016 ago 20]; 9(32):273-8. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(32\)795](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(32)795)
4. Borim FSA, Guariento ME, Almeida EA. Perfil de adultos e idosos hipertensos em unidade básica de saúde. *Rev Soc Bras Clín Méd.* 2011; 9(2):107-11.
5. Chrysant SG. Treating blood pressure to prevent strokes: the age factor. *World J Cardiol [on-line].* 2013 [citado 2016 ago 14]; 5(3):22-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4330/wjc.v5.i3.22>
6. Allen M, Kelly K, Fleming I. Hypertension in elderly patients recommended systolic targets are not evidence based. *Can Fam Physician.* 2013 [citado 2016 ago 20]; 59:19-21. Disponível em: <http://www.cfp.ca/content/59/1/19.full>
7. Sudré MRS, Reiners AAO, Azevedo RCS, Floriano LA. Características socioeconômicas e de saúde de idosos assistidos pelas equipes de saúde da família. *Cienc Cuid Saúde.* 2014; 14(1):933-40.
8. Costa JMBS, Silva MRF, Carvalho EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Cienc Saúde Coletiva.* 2011; 16(2):623-33.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas [Internet]. Censo Demográfico 2010 [citado 2016 ago 21]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>
10. Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Cienc Saúde Coletiva.* 2015; 20(8):2489-98.
11. Barros MBA, Francisco PMSB, Lima MG, César CLG. Social inequalities in health among the elderly. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(Suppl 2):198-208.
12. Reis AFN, Cesarino CB. Fatores de risco e complicações em usuários cadastrados no Hiperdia de São José do Rio Preto. *Cienc Cuid Saúde.* 2014; 15(1):118-24.
13. Muniz TS, Barros A. O trabalhador idoso no mercado de trabalho do capitalismo contemporâneo. *Rev Cienc Humanas Soc.* 2014; 2(1):103-16.
14. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Cienc Saúde Coletiva.* 2012; 17(1):123-33.
15. Benedetti TRB, Mazo GZ, Borges LJ. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Cienc Saúde Coletiva.* 2012; 17(8):2087-93.
16. Jobim FARC, Jobim EFC. Atividade física, nutrição e estilo de vida no envelhecimento. *Unopar Cient Cienc Biol Saúde.* 2015; 17(4):298-308.
17. Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Benseñor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Cienc Saúde Coletiva.* 2011; 16(Supl.1):1389-400.
18. D'Orsii E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. *Rev Saúde Públ.* 2011; 45(4):685-92.
19. Alves-Silva LS. Hipertensão arterial sistêmica e morbidade cardiovascular: foco na epidemiologia no Brasil. *Rev Bras Hipertens.* 2014; 17(3-4):163-8.

Endereço para correspondência: Chrystiany Plácido de Brito Vieira, Avenida Presidente Kenedy, 5757, Condomínio Golden Park, casa 6, Morros, Teresina-PI, CEP: 64.052-335. E-mail: chrystianyplacido@yahoo.com

Data de recebimento: 07/08/2015

Data de aprovação: 08/09/2016