

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE ENTRE IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL¹

Marina Aleixo Diniz*
Darlene Mara dos Santos Tavares**
Leiner Resende Rodrigues***

RESUMO

Este estudo descreveu as características sociodemográficas e de saúde entre idosos com hipertensão arterial sistêmica (HAS). Consistiu em um inquérito domiciliar transversal, realizado com 1.603 idosos residentes na zona urbana de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevistas nos domicílios, selecionados pela técnica de amostragem estratificada proporcional sistemática e submetidos à análise descritiva e ao teste qui-quadrado ($p < 0,05$). Entre os idosos com HAS, 69,8% eram do sexo feminino; 52,1% se encontravam na faixa etária de 60-70 anos; 55,3% possuíam de 1-4 anos de estudo e renda de 1 salário mínimo (53,8%), sendo que para 58,8% a renda era proveniente de aposentadoria. Sobre as condições de saúde, 47,5% consideravam sua saúde atual como regular, não havendo diferença entre os sexos e as faixas etárias; 94,7% faziam uso de medicação regularmente, com predominância das mulheres e da faixa etária dos 70-80 anos; 75,5% utilizavam o serviço público de saúde, com predominância de homens e da faixa dos 70-80 anos; 36,4% referiram ter de 4-6 comorbidades, e desse percentual as mulheres e aqueles que possuíam 80 e mais anos apresentaram maior número; e 54,9% relataram não praticar nenhuma atividade física, sendo significativamente maior o número de mulheres e de pessoas das maiores faixas etárias.

Palavras-chave: Idoso. Enfermagem. Hipertensão. Saúde do Idoso. Planejamento em Saúde.

INTRODUÇÃO

As estatísticas estimam que em 2025 o Brasil terá mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o que representará 10,7% da população. Desta forma, será a sexta população de idosos no mundo. No contexto mundial se destacará, neste aspecto, a América Latina como um todo, que concentrará 40% desse grupo populacional⁽¹⁾.

Uma das consequências desse processo é o aumento das doenças crônico-degenerativas⁽²⁾. Elas representam a principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo inteiro, sendo mais prevalentes as doenças cardiovasculares e respiratórias, o diabetes *mellitus*, a obesidade e os cânceres⁽³⁾.

Entre as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como as doenças cerebrovasculares, doença coronariana e vascular

de extremidades, assim como as insuficiências cardíaca e renal⁽⁴⁻⁵⁾.

Calcula-se que aproximadamente 60% dos idosos brasileiros tenham o diagnóstico médico de HAS. A maioria apresenta elevação isolada ou predominantemente da pressão sistólica, aumentando a pressão de pulso, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares⁽⁵⁾.

Devido à alta incidência da HAS, que representa um problema de saúde pública, as pessoas necessitam manter seu estilo de vida saudável, a fim de evitar as complicações, que podem levar o indivíduo à morte⁽⁶⁾.

Por outro lado, os serviços de saúde nem sempre estão estruturados para o atendimento resolutivo das necessidades, nos diversos espaços dos cuidados progressivos de saúde. Nesta perspectiva, a reestruturação dos serviços de atenção à saúde contribuem para uma melhoria da qualidade de vida da população idosa⁽⁷⁾.

Os estudos sobre HAS em idosos têm

¹Trabalho decorrente de pesquisa que recebeu apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais – FAPEMIG.

*Enfermeira. Mestranda em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Bolsista da FAPEMIG. E-mail: mafmtm@yahoo.com.br

**Enfermeira. Doutor em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM. E-mail: darlenetavares@netsite.com.br

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM. E-mail: leinerr@bol.com.br

demonstrado a alta incidência da doença e o seu desconhecimento, o que dificulta o controle e o desenvolvimento de agravos à saúde⁽⁸⁾. Vários estudos foram realizados para verificar as condições de saúde dos idosos, porém foram desenvolvidos em municípios de grande porte, como Campinas - SP⁽⁹⁾ e São Paulo - SP⁽¹⁰⁾. Observa-se que poucas investigações foram conduzidas com idosos em localidades menores, como é o caso da desenvolvida em Bambuí - MG⁽⁸⁾. Nesta perspectiva, é necessário o desenvolvimento de pesquisas nos diversos contextos, uma vez que cada município tem suas especificidades e, conseqüentemente, apresenta modos diferentes de viver e adoecer.

Em decorrência do processo de envelhecimento e da alta prevalência de HAS entre os idosos, bem como das complicações que comprometem a qualidade de vida e provocam as incapacidades e mortes, pesquisas de base populacional podem subsidiar os profissionais na elaboração de estratégias e no desenvolvimento de ações em saúde que tenham potencial para reversão deste quadro de agravos.

Assim, o presente estudo teve como objetivo descrever as características sociodemográficas e de saúde de idosos com hipertensão arterial, residentes em um município do interior de Minas Gerais.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior, do tipo inquérito domiciliar, transversal e observacional, que descreveu as condições de saúde de idosos residentes na zona urbana de Uberaba, Minas Gerais.

A amostra populacional foi calculada considerando 95% de confiança, 80% de poder de teste, margem de erro de 4% para estimativas intervalares e uma proporção estimada de $r=0,5$ para as proporções de interesse. Para cálculo dos idosos em cada bairro utilizou-se a técnica de amostragem estratificada proporcional. Nos bairros em que o cálculo amostral foi inferior a cinco, consideraram-se pelo menos dez idosos. Utilizou-se a técnica de amostragem sistemática para selecionar os domicílios nos quais os idosos foram entrevistados. Disso resultou uma amostra inicial de 3.034 idosos, e com as perdas, obteve-se uma amostra final de 2.924 sujeitos.

Para a condução do presente estudo a amostra (n) foi constituída pelos idosos que ao final atenderam aos critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade, não importante o sexo; referir ter o diagnóstico de HAS; morar na zona urbana no município de Uberaba - MG; e concordar em participar da pesquisa. Atenderam a estes critérios 1.603 idosos.

Em cada bairro foi calculado o *intervalo amostral* (IA), e por meio de sorteio foi selecionado o primeiro domicílio a ser visitado na primeira quadra do bairro. No sentido horário os demais domicílios foram considerados em cada quadra até se percorrer o bairro todo. Nos domicílios em que não havia idoso considerou-se o domicílio imediatamente seguinte, por outro lado, realizou-se um sorteio quando na residência selecionada havia mais de um idoso. Quando no domicílio selecionado havia idoso, mas este não estava em casa, agendou-se outro horário, e se no dia agendado ele igualmente não estivesse em casa, considerou-se o domicílio imediatamente posterior. Em condomínios (prédios ou casas) o entrevistador apresentava-se na portaria e perguntava sobre o número de apartamentos ou casas existentes; elaborou um roteiro e deu sequência à seleção dos domicílios.

Utilizou-se o mapa de cada bairro disponibilizado pelo Centro de Controle de Zoonoses do Município de Uberaba como itinerário para a seleção dos domicílios. Quando todo o bairro foi percorrido e não se alcançou o número de idosos desejado, voltou-se ao início do bairro, à casa subsequente à primeira casa selecionada e repetiram todos os procedimentos até obter o número desejado de idosos.

Para a coleta dos dados foram selecionados dez entrevistadores com experiência prévia, os quais foram treinados para a realização das entrevistas nesta incluindo o preenchimento dos instrumentos e dos relatórios, assim como a abordagem ao entrevistado. Reuniões sistemáticas ocorreram para supervisão e orientações necessárias. Foi elaborado um manual de orientações para a realização das entrevistas.

As entrevistas foram feitas por meio de visitas domiciliares no período de dezembro de 2005 a fevereiro de 2006, nas quais foi utilizado um instrumento estruturado, baseado no questionário *Older Americans Resources and*

Services (OARS), elaborado pela Duke University e adaptado à realidade brasileira⁽¹¹⁾.

Antes de iniciar a entrevista foi realizada avaliação cognitiva com o idoso, procurando-se aquilatar a preservação da memória recente para responder às questões propostas. A avaliação cognitiva foi baseada no Miniexame do Estado Mental (MEEM)⁽¹²⁾, versão reduzida validada pelos pesquisadores do Projeto SABE⁽¹⁰⁾. Quando o idoso obteve menos de 13 pontos, solicitou-se um informante. Considerou-se como informante uma pessoa que residisse na mesma casa que o entrevistado e soubesse oferecer informações sobre o idoso (entrevistado). Ao informante foi aplicada a escala PFEFFER. Se o resultado fosse cinco ou menos, a entrevista continuava sendo realizada com o idoso, sendo as informações complementadas pelo informante denominado *auxiliar*. Se o resultado fosse seis ou mais, a entrevista era conduzida com o informante denominado *substituto*.

Todos os itinerários do entrevistador no bairro foram registrados na planilha de campo e acompanhados por seu supervisor. Caso alguma informação se mostrasse duvidosa ou o processo de seleção de domicílios apresentasse algum problema, o supervisor orientava o entrevistador a voltar ao bairro, àquela residência e procedesse às correções.

À medida que as entrevistas eram realizadas e os instrumentos preenchidos, estes eram entregues aos pesquisadores, que faziam as devidas revisões e codificações.

Foi construído um banco de dados eletrônico no programa Epiinfo 3.2TM, os dados coletados foram digitados em microcomputador, por duas pessoas, em dupla entrada, para posterior verificação da existência de registros de idosos duplicados, assim como de nomes diferentes entre duas bases de dados. Procedeu-se, então, à análise da consistência dos campos, verificando-se eventuais digitações erradas. Quando havia dados inconsistentes retornava-se à entrevista original, para confirmação e/ou correção.

Deste banco de dados, para a condução desta pesquisa, selecionaram-se as variáveis: sexo; faixa etária; estado conjugal; faixa de escolaridade; renda individual; procedência da renda; arranjo domiciliar; autopercepção do estado de saúde atual; uso dos serviços de saúde;

número de comorbidades; uso regular de medicação e prática de atividade física.

Utilizou-se a análise descritiva por meio de frequências simples absolutas e percentuais, e o teste de qui-quadrado para as comparações. Foi considerado significativo quando $p < 0,05$.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, protocolo n.º 553, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os idosos foram contatados em seus domicílios, onde lhes foram apresentados os objetivos e o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e oferecidas as informações pertinentes. A entrevista só foi conduzida após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características sociodemográficas

A ocorrência de HAS entre os idosos foi de 54,8%, resultado semelhante ao do estudo realizado em Campinas (51,8%)⁽⁹⁾ e São Paulo (53,3%)⁽¹³⁾, mas inferior ao resultado de Bambuí (61,5%)⁽⁸⁾ e superior aos encontrados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD (43,9%)⁽¹⁴⁾ e na regiões Sul e Nordeste do País (46,1%)⁽¹⁵⁾.

Na Tabela 1, a seguir, apresentam-se as características sociodemográficas da população estudada.

O sexo feminino (Tabela 1) apresentou percentual maior (69,8%) do que o masculino (30,2%). Esse resultado é semelhante encontrado no estudo de Bambuí⁽⁸⁾, em que 70,7% das mulheres referiram ter hipertensão arterial e, inferior ao de Campinas (55,9%)⁽⁹⁾. A maior ocorrência de HAS em mulheres dessa faixa etária se deve, geralmente, à maior percepção das doenças e à tendência ao autocuidado. Destaca-se, também, a maior procura do serviço de saúde pelas mulheres em comparação aos homens, assim aumenta a probabilidade de se ter a HAS diagnosticada⁽⁹⁾.

A faixa etária predominante foi a de 60-70 anos (52,1%), corroborando os resultados obtidos em Bambuí⁽⁸⁾, em que a prevalência de HAS aumentou com a idade no grupo etário de 60 a 69 anos e diminuiu para os idosos de 80 anos e mais.

Tabela 1. Distribuição de frequência das características sociodemográficas de idosos com HAS, Uberaba – MG, 2009.

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	484	30,2
	Feminino	1119	69,8
Faixa etária (anos)	60 70	835	52,1
	70 80	554	34,6
	80 e mais	213	13,3
Estado conjugal	Nunca se casou ou morou com companheiro (a)	98	6,1
	Mora com esposo (a) ou companheiro (a)	716	44,7
	Viúvo (a)	629	39,2
	Separado (a), desquitado (a) ou divorciado	157	9,8
Faixa escolaridade	0	378	23,6
	1 4	887	55,3
	5 8	174	10,8
	9 e mais	133	8,3
Renda individual (salários mínimos)	Sem renda	218	13,6
	<1	38	2,4
	1	863	53,8
	1 3	328	20,5
	3 5	78	4,9
	>5	68	4,2

Quanto ao estado conjugal (Tabela 1), os maiores percentuais foram encontrados para os casados(as) (44,7%), seguindo-se os viúvos(as) (39,2%). Resultados semelhantes foram encontrados em Bambuí⁽⁸⁾ em relação aos que viviam acompanhados (47%) e viúvos (38,2%). Na investigação do Projeto SABE⁽¹⁰⁾ os dados foram superiores para os que vivem em moradia juntos (57%) e inferiores para os que eram viúvos (29,5%).

Observou-se que 74,5% dos idosos moravam em casa com acompanhante e 14,8% viviam sozinhos. Os resultados do Projeto SABE⁽¹⁰⁾ mostraram porcentagem superior à deste estudo, uma vez que ali, 87% vivem acompanhados e é menor o percentual dos que vivem sozinhos (13,1%). No projeto Epidoso⁽¹⁶⁾ foi observado resultado semelhante, pois 10% da população idosa se constituíam de pessoas que viviam sozinhas.

Em relação à faixa de escolaridade, os percentuais mais elevados foram de 1 | 4 anos de estudo (55,3%) e para aqueles que nunca haviam estudado (23,6%). Resultado semelhante foi encontrado, no que se refere à faixa de escolaridade de 1 | 4 anos, em investigação conduzida em São Paulo (56,5%)⁽¹³⁾. O analfabetismo obtido em pesquisa realizada nas regiões Sul (40,4%) e Nordeste (63,2%) apresentou percentuais bem superiores⁽¹⁵⁾. A baixa escolaridade ainda prevalece entre os

idosos e pode dificultar a adesão ao tratamento. Nesta perspectiva, é necessário o desenvolvimento de ações educativas que valorizem não somente a habilidade cognitiva, mas também outras - como as psicossociais - que favoreçam a troca de experiências para o enfrentamento dos desafios do tratamento e controle da HAS.

Verifica-se na Tabela 1 que a maioria dos idosos (53,8%) tinha renda individual de 1 salário mínimo e de 1 | 3 salários mínimos (20,5%), havendo alto percentual de pessoas que não possuem renda (13,6%). Na maioria dos casos a renda é proveniente da aposentadoria (58,8%) e de pensão (22,1%).

Condições de saúde dos idosos

Na Tabela 2 descreveram-se as condições de saúde de acordo com as variáveis sexo e faixa etária.

Na Tabela 2 verificou-se que em ambos os sexos e em todas as faixas etárias os maiores percentuais para a autopercepção da saúde foi regular. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos realizados no Sul (46,6%)⁽¹⁶⁾ e no Nordeste (46,7%)⁽¹⁶⁾. A pesquisa realizada em Bambuí⁽¹⁴⁾ obteve semelhança em relação ao geral (49,3%), contudo na análise do aspecto sexo detectou-se que o feminino (57,8%) apresenta percentuais superiores aos do masculino (42,2%).

Tabela 2. Distribuição das frequências de algumas variáveis relacionadas à saúde dos idosos com HAS, segundo sexo e faixa etária, Uberaba - MG, 2009.

Variáveis		Sexo				Faixa etária (em anos)					
		Masculino		Feminino		60 70		70 80		80 ou mais	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Autopercepção da saúde	Péssima	20	4,1	56	5	33	3,9	32	5,8	11	5,2
	Má	32	6,62	83	7,5	59	7,1	38	6,8	17	8
	Regular	229	47,4	532	47,8	392	47	267	48,2	102	47,9
	Boa	185	38,3	399	35,9	312	37,4	195	35,2	77	36,1
	Ótima	17	3,5	42	3,8	35	4,2	19	3,4	5	2,3
Uso de medicamento	Sim	454	93,9	1075	96,2	789	94,8	536	96,9	60	85,7
	Não	28	5,8	42	3,8	43	5,2	17	21,1	10	14,3
Nº de comorbidades	1 3	157	32,4	195	17,4	204	24,4	110	19,8	38	17,8
	4 6	193	39,9	391	34,9	297	35,5	213	38,4	74	34,7
	7 9	100	20,7	340	30,4	230	27,5	147	26,5	63	29,6
	>10	34	7,02	193	17,2	104	12,4	84	15,2	38	17,8
Atividade física	Não	236	48,8	644	57,5	427	51,1	302	54,5	150	70,4
	Sim	248	51,2	475	42,4	408	48,8	252	45,5	63	29,6
Serviços de saúde	SUS	379	78,3	832	74,4	643	77	417	75,3	151	70,9
	Convênio	82	16,9	234	20,9	152	18,2	113	20,4	50	23,4
	Particular	20	4,1	35	3,1	29	3,5	19	3,4	7	3,3

O uso regular de medicação (Tabela 2) foi maior para as mulheres (96,2%) do que para os homens (93,9%), sem diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=4,12$; $p=0,12$). Porcentagem inferior (86%) foi encontrada em investigação realizada na Região Sul do Brasil⁽¹⁷⁾. Ao analisar as faixas etárias destaca-se que o maior uso de medicamento ocorreu entre aqueles que estão com 70|-80 anos e menor entre os que têm 80 anos e mais de idade.

Estratégias em saúde devem ser desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem para descobrir os motivos da menor adesão dos homens e dos idosos mais velhos, de maneira a implementar a adesão medicamentosa. Sabe-se que o aumento da pressão arterial pode levar a complicações crônicas e até à morte.

As comorbidades mais referidas pelos idosos com HAS foram os problemas de visão (70%); coluna (57,3%); má circulação (46,2%); para dormir (41,6%); cardíacos (38,2%); artrite/artrose (31,2%).

Os maiores percentuais (Tabela 2) no sexo masculino foram para 4 | 6 comorbidades (36,4%) seguido pelos que apresentaram 1 | 3 (32,4%); já entre as mulheres os maiores foram para as que referiam 4 | 6 comorbidades (34,9%) e 7 | 9 (30,4%). As mulheres apresentaram, proporcionalmente, maior número de doenças em relação aos homens ($\chi^2=73,5$; $p<0,05$). Resultado semelhante foi encontrado no município de Campinas⁽⁹⁾, no qual o predomínio de doenças é maior entre as mulheres. Em

Ribeirão Preto⁽¹⁸⁾ observou-se que 68,1% dos idosos possuem mais que uma doença crônica, caracterizando-se a comorbidade.

Em todas as faixas etárias (Tabela 2) os percentuais maiores foram para 4 | 6 comorbidades, contudo verificou-se aumento do número de doenças de acordo com a progressão da idade ($\chi^2=10,72$; $p=0,09$). Este dado, somado com o menor uso de medicamento regular entre os idosos com 80 anos e mais, reforça a necessidade de investigar tal situação no cotidiano das práticas de saúde e intervir, de modo a se poder contribuir tanto para o controle da HAS como para a prevenção de complicações.

Embora envelhecer não implique adoecer, os idosos, em sua grande maioria, possuem polimorbidades, de modo que a comorbidade em idosos passa a ser mais regra do que a exceção, possibilitando uma gama de interações entre as diversas doenças, com repercussões orgânicas e psicossociais.

Constatou-se maior proporção de homens realizando atividade física do que de mulheres ($\chi^2=10,19$; $p=0,0014$). Resultados diferentes foram encontrados em pesquisa realizada na Região Nordeste, em que se observou o predomínio de mulheres realizando atividade física⁽¹⁹⁾. A enfermagem pode implementar, nas ações educativas, a discussão e reflexão sobre os benefícios da atividade física para o controle da HAS.

A prática de atividade física foi inversamente proporcional às faixas etárias ($\chi^2=25,53$; $p=0,000002$), ou seja, conforme aumentou a idade ocorreu diminuição na sua realização. É possível que este fato esteja relacionado com algumas limitações decorrentes do processo de envelhecimento. Nesta perspectiva, é essencial identificar as potencialidades individualizadas dos idosos, com vista à proposição de atividades físicas de acordo com a capacidade de cada um.

No que se refere ao uso de serviços de saúde, destaca-se o maior atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) para ambos os sexos e em todas as faixas etárias (75,5%). Isto evidencia a importância deste atendimento no controle e acompanhamento da HAS, sendo um espaço privilegiado para intervir e contribuir para a melhoria das condições de saúde dos idosos.

Com exceção dos serviços do SUS, verifica-se na Tabela 2 que as mulheres procuram mais os convênios e os homens, os serviços particulares. Há também um aumento progressivo de procura de convênios à medida que se elevam as faixas etárias, e na mesma proporção diminui o atendimento do SUS.

Verificou-se neste estudo que a maioria dos idosos possui renda individual de um salário mínimo, que o número de comorbidades é maior entre os idosos com 80 anos e mais, e que estes, por outro lado, têm menor adesão ao tratamento medicamentoso e procuram mais os convênios do que as outras faixas etárias. É possível que a baixa renda seja um dos fatores que interferem na adesão medicamentosa, uma vez que o gasto com convênios nesta faixa etária é bastante oneroso.

É inegável a relação intensa e indispensável dos idosos com os serviços de saúde. Nesta perspectiva, as políticas públicas de saúde devem se reorganizar com vistas a atender às especificidades dos idosos, impactando as condições de saúde dessa população de maneira integrada e efetiva⁽¹³⁻¹⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho evidenciou-se que os idosos com HAS são, na sua maioria, do sexo feminino; estão na faixa etária de 60-70 anos; são casados; possuem 1-4 anos de estudo e renda de 1 salário mínimo, esta proveniente da aposentadoria; consideram a saúde como regular; fazem uso de medicações; têm de 4-6 comorbidades; não praticam atividade física e utilizam os serviços públicos de saúde.

Percentualmente, o uso regular de medicamentos é maior entre as mulheres, que apresentaram resultado estatisticamente significativo em relação ao maior número de doenças, quando comparadas aos homens.

A análise das faixas etárias mostrou, com significância estatística, que os idosos com 70-80 anos fazem maior uso de medicamentos e que aqueles que estão entre 80 anos e mais usam menos medicamentos, têm maior número de doenças e praticam menos atividade física.

Os resultados deste estudo contribuem para a reflexão sobre como os serviços de saúde têm sido planejados para atender às especificidades dos idosos com HAS, em especial às daqueles com 80 anos e mais, população em franco crescimento no Brasil.

CHARACTERISTICS OF SOCIO-DEMOGRAPHIC AND HEALTH AMONG ELDERLY WITH HYPERTENSION

ABSTRACT

This study described the socio-demographic characteristics and health among elderly with high blood pressure (HBP). This is a cross-sectional personal survey, conducted with 1,603 elderly residents in the urban area of Uberaba, Minas Gerais, Brazil. Data were collected through at home interviews, selected by proportional systematic stratified sampling technique, and submitted to descriptive analysis and chi-square test ($p < 0.05$). Among the elderly with hypertension, 69.8% were female, 52.1% in the age of 60-70 years, 55.3% had from 1-4 years of study and income of 1 minimum wage (53.8 %), whereas 58.8% received retirement pension. On health conditions, 47.5% considered their current health as regular with no difference between genders and age groups, 94.7% were using drugs regularly. The use of drugs was higher among women from 70 to 80 years of age; 75.5% used the public health service. Men, and elderly 70-80 years were the ones to use it the most; 36.4% reported to have 4-6 co-morbidities, women and those over 80 presented a higher number; and 54.9% reported not practicing any physical activity. The number was significantly higher among women and among the higher age groups.

Key words: Elderly. Nursing. Hypertension. Health of the Elderly. Health Planning.

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y DE SALUD ENTRE ANCIANOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

RESUMEN

Este estudio describió las características sociodemográficas y de salud entre ancianos con Hipertensión Arterial Sistémica (HTA). Se trata de una averiguación domiciliar transversal, realizada con 1.603 ancianos residentes en el área urbana de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. Se recogieron datos a través de entrevistas en los hogares, seleccionados por la técnica de muestra estratificada proporcional sistemática y sometida al análisis descriptivo y a la prueba de chi cuadrado ($p < 0,05$). Entre los ancianos con hipertensión arterial, 69,8% eran mujeres, el 52,1% en la edad de 60-70 años, 55,3% poseían de 1-4 años de estudio y la renta de 1 salario mínimo (53,8 %), siendo que 58,8% eran de jubilación. Sobre las condiciones de salud, el 47,5% consideraron su salud actual como regular, sin diferencia entre sexos y las franjas de edad, 94,7% hacían uso de medicinas con regularidad, siendo mayor entre las mujeres y la franja de edad de los 70-80 años, 75,5% utilizaban el servicio público de salud; y los hombres y la franja de edad de los 70-80 años son los que más usan, el 36,4% refirieron tener de 4-6 comorbidades, las mujeres y aquellos que poseían 80 y más años presentaron mayor número, y el 54,9% relataron no practicar ninguna actividad física, siendo significativamente mayor entre las mujeres y las mayores franjas de edad.

Palabras clave: Ancianos. Enfermería. Hipertensión. Salud del Anciano. Planificación en Salud.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica número 24. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade-1980-2050. [Internet]. Revisão 2008. [acesso 2008 nov. 27]. Rio de Janeiro: IBGE; 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf>.
2. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol serv saúde*. 2006;15(1):35-45.
3. Organização Pan Americana de Saúde / Organização Mundial de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. [Internet]. Brasília: OPAS/OMS; 2003. [acesso 2003 mar. 18] Disponível em: http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf.
4. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM): protocolo. Brasília: Ministério da Saúde; 2001:12-15.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: 2006:8-35.
6. Trentini M, Silva SH, Valle ML, Hammerschmidt KSA. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005;13(1):38-45.
7. Vieira VA, Castiel LD. Hipertensão arterial em idosos atendidos em grupos de aconselhamento. Comentários a partir de um estudo descritivo preliminar. *Psicol cienc prof*. 2003;23(2):76-83.
8. Firmo JOA, Uchôa E, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):512-21.
9. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(2):285-94.
10. Cerqueira, ATAR. Deterioração cognitiva e depressão. In: Lebrão ML, Duarte YAO editores. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento: O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003:143-659.
11. Ramos LR. Growing old in São Paulo, Brazil. [Tese]. Assessment of Health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community, London, England: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1987.
12. Icaza MC, Albala C. Projeto SABE. Minimental State Examination (MMSE) Del estudio de dementia em Chile: análisis estatístico. OPAS; 1999:1-18.
13. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Públ*. 2008;42(4):733-40.
14. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(3):735-43.
15. Paniz VMV, Fassa ACG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):267-80.
16. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003;19 (3):793-8.
17. Flores MA, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(6):924-9.

18. Pedrazzi EC, Rodrigues RAP, Schiaveto FV. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. Ciênc Cuid Saúde. 2007;6(4):407-13.

19. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Hallal PC. Atividade física em

adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(1):39-54.

Endereço para correspondência: Darlene Mara dos Santos Tavares. Av. Afrânio Azevedo, 2063, Bairro Olinda, CEP 38055-470, Uberaba, Minas Gerais. E-mail: darlenetavares@netsite.com.br

Data de recebimento: 06/04/2009

Data de aprovação: 01/10/2009