Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social

PATRICIA GONÇALVES DE OLIVEIRA

**Hipertensão arterial entre idosos:
percepção da morbidade e fatores
associados ao tratamento**

Ribeirão Preto

2011

PATRICIA GONÇALVES DE OLIVEIRA

**Hipertensão arterial entre idosos:
percepção da morbidade e fatores
associados ao tratamento**

“Versão Corrigida”

Dissertação apresentada ao
Departamento de Medicina Social
da Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo para obtenção do título
de Mestre

Área de Concentração: Saúde na
Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Jair Lício
Ferreira Santos

O exemplar original se encontra disponível na Biblioteca do Programa de Pós-Graduação
em Saúde na Comunidade e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP.

Ribeirão Preto

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica

Oliveira, Patricia Gonçalves

Hipertensão arterial entre idosos: percepção da morbidade e fatores associados ao tratamento. Ribeirão Preto, 2011.

132 p. : il. ; 30cm

Dissertação de mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Santos, Jair Lício Ferreira.

1. Hipertensão arterial. 2. Idosos. 3. Serviço de saúde. 4. Qualidade de vida.

Nome: OLIVEIRA, Patricia Gonçalves de

Título: **Hipertensão arterial entre idosos: percepção da morbidade e fatores associados ao tratamento.**

Dissertação apresentada ao
Departamento de Medicina Social
da Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Ciências Médicas

Aprovado em: 25/10/11

Banca Examinadora

Prof. Dr. Jair Licio Ferreira Santos

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Assinatura:

Prof. Dr.(a) Nereida Kilza da Costa Lima

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Assinatura:

Prof. Dr.(a) Sueli Marques

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Assinatura:

Primeiramente a Deus, pela vida,
Aos idosos, motivo do meu trabalho,
que muito me ensinam a respeito da vida.

DEDICO

A minha filha Isabela, e ao meu amor,
simplesmente pelo fato de existirem...

OFEREÇO

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. **Jair Lício Ferreira Santos**, obrigada pelo carinho e compreensão, que me deram força para a realização deste estudo. E pelo auxílio, que deu qualidade ao trabalho.

Ao Prof. Dr. **Edson Zangiacomi Martinez**, Prof.(a) Dr.(a) **Sueli Marques** e Prof.(a) Dr. (a) **Maria Jacira Silva Simões**, que participaram de minha banca de qualificação, contribuindo com valiosas orientações para o desenvolvimento do trabalho.

A Prof.(a) Dr.(a) **Nereida Kilza da Costa Lima**, por me receber carinhosamente e me dispensar valiosos ensinamentos.

A todos os professores e funcionários do Departamento de Medicina Social, especialmente a secretária **Tânea**, e aos queridos **Paula** e **Sérgio**, que sempre foram muito educados e atenciosos.

Aos meus pais **Ana Lidia** e **Jairo Clemente de Oliveira**, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade.

Ao amado **Rodrigo Bertuolo Sene**, meu companheiro, por todo o incentivo e compreensão. Obrigada por me amar e se preocupar comigo.

A minha irmã **Karine Gonçalves de Oliveira**, por ter me auxiliado tanto na formatação do trabalho.

A amiga e minha segunda mãe **Elza Bertuolo Sene**, que sempre me estende a mão nos momentos mais difíceis da minha vida.

Ao amigo **Michael New**, que sempre torceu por mim em todas as etapas do Mestrado.

Ao prefeito **Ronan Sales Cardozo**, pelo apoio irrestrito e compreensão quando eu me ausentava do trabalho para cursar as disciplinas do Mestrado.

A gente insiste em prosseguir, em acreditar. E Deus insiste em nos abençoar, em nos mostrar o caminho: aquele mais difícil, mais complicado, mais bonito. E a gente insiste em seguir, por que tem uma missão...

Sebastião Romario

RESUMO

OLIVEIRA, P. G. **Hipertensão arterial entre idosos: percepção da morbidade e fatores associados ao tratamento**. 2011. 132 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença de evolução clínica lenta e de caráter assintomático, que se associa frequentemente a alterações funcionais e estruturais dos órgãos-alvo e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares. A HAS é a doença que mais se destaca em idosos no Brasil, com proporções em torno de 50% e, na população adulta, estima-se prevalência em torno de 20%. Modificações de hábitos de vida são eficazes na prevenção e no controle da HAS, com melhora da eficácia anti-hipertensiva e diminuição do risco cardiovascular associado. O caráter assintomático faz com que os indivíduos com HAS apresentem dificuldades de adesão ao tratamento. O diagnóstico da HAS e seu tratamento são grandes desafios para o conhecimento do impacto da doença sobre a vida do paciente. O objetivo do estudo foi estimar a prevalência da HAS em idosos do município de Jaborandi/SP e avaliar fatores sociodemográficos, clínicos, a atividade física e a qualidade de vida (QV). Trata-se de um estudo descritivo transversal do tipo inquérito que utilizou como instrumentos os questionários: Mini Exame do Estado Mental; Demográfico, socioeconômico e clínico; Baecke modificado para idosos; e QV específica para hipertensos. As variáveis foram analisadas pelo Teste Exato de Fisher, considerando significativo $p < 0,05$. Foram avaliados 82 idosos: 48 mulheres (58,54%) e 34 homens (41,46%), com predomínio do grupo etário 60-69 anos (45,12%), de cor branca (84,14%), com baixa escolaridade (média de 3,01 anos de estudo), baixa renda: classe D (54,88%) e classe E (31,71%) e com 82,93% dos idosos aposentados. A prevalência da HAS foi de 75,60% (77,08% para mulheres e 73,53% para homens). Apresentaram associação significativa as variáveis: HAS por Circunferência da cintura (0,011), por Classificação da pressão arterial (PA) ($<0,001$), por Plano privado de saúde (0,03); QV por Saúde mental ruim em 30 dias (0,032), por Alcoolismo (0,023), por Tabagismo (0,005) e por Número de medicamentos em uso em 3 meses (0,018). Os resultados indicaram que a educação em saúde é imprescindível para que o paciente, sendo instruído sobre os princípios em que se fundamenta o tratamento, consiga exercer o controle adequado da PA, visando melhor qualidade de vida.

Palavras-chaves: Hipertensão arterial. Idosos. Serviço de saúde. Qualidade de vida.

ABSTRACT

OLIVEIRA, P. G. **Hypertension in older adults: perceptions of morbidity and factors associated with treatment.** 2011. 132 f. Dissertation (Master's Degree in Community Health) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

High Blood Pressure (HBP) is a disease of slow clinical and asymptomatic nature, which often is associated with functional changes, structural changes in target organs and metabolic changes, with consequent increased risk of cardiovascular events. HBP is a disease that most stands out among the elderly in Brazil, with ratios around 50% and in the adult population, an estimated prevalence of around 20%. Changes in lifestyle are effective in the prevention and control of HBP, with improved antihypertensive efficacy and reduced cardiovascular risk associated. The asymptomatic character makes individuals with hypertension have great difficulties in treatment adherence. The diagnosis of hypertension and its treatment are challenges for the knowledge of the impact of disease on the patient's life. The study objective was to estimate the prevalence of hypertension in the elderly in the municipality of Jaborandi / SP and assess sociodemographic, clinical, physical activity and quality of life (QOL). It is a descriptive cross-sectional survey that used the questionnaires as instruments: Mini Mental State Examination; Demographic, socioeconomic and clinical; Baecke modified for the elderly and hypertensive-specific QOL. The variables were analyzed by Fisher's Exact Test, considering significant $p < 0.05$. We evaluated 82 elderly, 48 women (58.54%) and 34 men (41.46%), most of the age group 60-69 years (45.12%), Caucasian (84.14%), with low educational level (mean 3.01 years of schooling), low income: Class D (54.88%) and class E (31.71%) and 82.93% of elderly retirees. The prevalence of HBP was 75.60% (77.08% to women and 73.53% to men). Significantly associated variables: HBP by waist circumference (.011), by Classification of blood pressure (BP) (<0.001), by private health plan (0.03); QOL by poor mental health in 30 day (0.032), by Alcoholism (0.023), by Smoking (0.005) and by Number of drugs in use in 3 months (0.018). The results indicated that health education is essential for the patient, being instructed on the principles on which it is based treatment can exercise adequate control of BP aiming at a better quality of life.

Keywords: High blood pressure. Elderly. Health service. Quality of life.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Evolução temporal da mortalidade proporcional por quatro grupos de causas de óbito no Brasil, 1930 a 2007.....	21
Figura 2. Brasil – Distribuição Etária Relativa – 1950, 1970, 1990, 2000, 2025 e 2050.....	22
Figura 3. Localização do município de Jaborandi no Estado de São Paulo.....	45
Figura 4. Aparelho HEM-781 INT OMRON.....	57
Figura 5. Balança portátil digital Plenna.....	62
Figura 6. Estadiômetro portátil Caprice Sanny.....	63
Figura 7. Trena circular com trava Sanny.....	63
Figura 8. Divisão da casuística em relação ao gênero.....	68
Figura 9. Divisão da casuística em relação ao grupo etário e ao gênero.....	69
Figura 10. Resultados referentes ao grau de escolaridade.....	69
Figura 11. Resultados da relação entre o grau de escolaridade e o gênero.....	70
Figura 12. Comorbidades nos idosos.....	73
Figura 13. HAS entre os idosos.....	75
Figura 14. Situação da PA entre idosos que utilizam anti-hipertensivo.....	75
Figura 15. PAS entre os idosos.....	76
Figura 16. PAD entre os idosos.....	76
Figura 17. Resultados referentes aos medicamentos anti-hipertensivos utilizados.....	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).....	25
Quadro 2. Metas a serem atingidas de acordo com as características Individuais.....	30
Quadro 3. Pontuação do Questionário de Bulpitt e Fletcher.....	53
Quadro 4. Dimensões da bolsa de borracha para diferentes circunferências de braço.....	58
Quadro 5. Classificação do estado nutricional segundo o valor do IMC do idoso.....	61
Quadro 6. Risco para doenças crônicas de acordo com valores de circunferência da cintura na população idosa.....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Hipertensão segundo classificação da circunferência da cintura.....	71
Tabela 2. Hipertensão segundo hábito de fumar.....	72
Tabela 3. Hipertensão segundo Angina.....	74
Tabela 4. Hipertensão segundo Acidente Vascular Encefálico.....	74
Tabela 5. Hipertensão segundo classificação da pressão arterial.....	77
Tabela 6. Hipertensão segundo plano privado de saúde.....	79
Tabela 7. Qualidade de vida do idoso com hipertensão segundo saúde física ruim nos últimos 30 dias.....	80
Tabela 8. Qualidade de vida do idoso com hipertensão segundo saúde mental ruim nos últimos 30 dias.....	80
Tabela 9. Qualidade de vida do idoso com hipertensão segundo alcoolismo nos últimos 30 dias.....	81
Tabela 10. Qualidade de vida do idoso com hipertensão segundo tabagismo (pelo menos 100 cigarros).....	81
Tabela 11. Hipertensão segundo qualidade de vida do idoso com hipertensão	82
Tabela 12. Número de medicamentos em uso nos últimos 3 meses segundo qualidade de vida do idoso com hipertensão.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAMI	<i>Association for the Advancement of Medical Instrumentation;</i>
ABA	Associação Brasileira de Anunciantes;
ABIPEME	Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado;
AVE	acidente vascular encefálico;
BA	Bahia;
BRFSS	<i>behavioral risk factor surveillance system;</i>
BHS	<i>British Hypertension Society;</i>
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention;</i>
CB	circunferência braquial;
CC	circunferência da cintura;
CE	Ceará;
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa;
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa;
DCNT	doenças crônicas não transmissíveis;
DM	diabetes mellitus;
DIP	doenças infecciosas e parasitárias;
ESF	Estratégia de Saúde da Família;
FPM	Fundo de Participação dos Municípios;
HAS	hipertensão arterial sistêmica;
HSI	hipertensão sistólica isolada;
IAM	infarto agudo do miocárdio;
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
IECA	inibidores da enzima conversora da angiotensina;
IMC	índice de massa corporal;
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada;
MEEM	mini exame do estado mental;
MG	Minas Gerais;
MUNIC	Pesquisa de Informações Básicas Municipais;
NOAS	Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde;
OMS	Organização Mundial da Saúde;

PA.....pressão arterial;
PAD.....pressão arterial diastólica;
PAS.....pressão arterial sistólica;
PACS.....Programa Agentes Comunitários de Saúde;
PB.....Paraíba;
PNAD.....Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios;
PR.....Paraná;
PSF.....Programa de Saúde da Família;
QBMI.....questionário de Baecke modificado para idosos;
QV.....qualidade de vida;
QVRS.....qualidade de vida relacionada à saúde;
RJ.....Rio de Janeiro;
RS.....Rio Grande do Sul;
SIAB.....sistema de informação da atenção básica;
SISVAN.....sistema de vigilância alimentar e nutricional;
SP.....São Paulo;
STATA.....Data Analysis and Statistical Software;
SUS.....Sistema Único de Saúde;
UBS.....Unidade Básica de Saúde;
USF.....Unidade de Saúde da Família;
VIGITEL.....vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico;
WHO.....*World Health Organization*.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	21
1.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	24
1.2 QUALIDADE DE VIDA E HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	35
1.3 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	38
2. JUSTIFICATIVA.....	43
3. OBJETIVOS.....	44
3.1 OBJETIVO GERAL.....	44
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	44
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	45
4.1 CENÁRIO DO ESTUDO.....	45
4.2 POPULAÇÃO, AMOSTRA E PERÍODO DO ESTUDO.....	48
4.3 INSTRUMENTOS.....	49
4.3.1 Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	49
4.3.2 Questionário Demográfico, Socioeconômico e Clínico.....	50
4.3.3 Questionário de Baecke Modificado para Idosos (QBMI).....	51
4.3.4 Questionário de Bulpitt e Fletcher: Qualidade de Vida do Paciente Hipertenso.....	53
4.3.5 Medidas de Pressão Arterial.....	55
4.3.6 Antropometria.....	59
4.4 LEVANTAMENTO DOS DADOS.....	64
4.5 QUESTÕES ÉTICAS.....	65
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	66
5. RESULTADOS.....	68
6. DISCUSSÃO.....	83
7. CONCLUSÕES.....	99
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
9. ANEXOS.....	111
ANEXO A. Encaminhamento e De Acordo do Projeto.....	112
ANEXO B. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa FMRP-USP.....	113
ANEXO C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	114

ANEXO D. Mini Exame do Estado Mental.....	116
ANEXO E. Questionário Demográfico, Socioeconômico e Clínico.....	118
ANEXO F. Questionário de Atividade Física Baecke Modificado (Idosos).....	126
ANEXO G. Códigos da intensidade, horas/semana e meses/ano – para cálculo da pontuação do QBMI.....	128
ANEXO H. Questionário de Bulpitt e Fletcher: Qualidade de Vida do Paciente Hipertenso.....	129

APRESENTAÇÃO

“Eu me preocupo muito com minha pressão alta por causa do infarto que me deu. Previno todos os dias usando o remédio para a pressão.”

(A. B. - 71 anos; hipertensão arterial;
totalmente independente; casado; aposentado)

“A pressão alta é perigosa se subir muito.

Perigoso dar infarto.”

(M. F. B. - 67 anos; hipertensão arterial, diabetes mellitus e
deficiência física; parcialmente dependente; casada; aposentada)

“Depois que fica velho as doenças aparecem.

É bom quando se é jovem.”

(J. S. S. - 92 anos; hipertensão arterial, diabetes mellitus e deficiência física;
parcialmente dependente; viúva; aposentada; mora com a filha)

“Depois de velho, a pressão começou a ficar alta.

Nunca tive doença nenhuma.”

(N. C. - 75 anos; hipertensão arterial;
totalmente independente; casado; aposentado)

“Às vezes sinto dor de cabeça e tontura. Tomo o remédio todos os dias.

O que sinto medo mesmo é de ficar na cama e depender dos outros”

(A. C. L. - 77 anos; hipertensão arterial;
totalmente independente; casada; dona-de-casa)

“Só tomo o remédio quando a pressão está alta. E me sinto bem melhor”

(A. F. L. - 81 anos; hipertensão arterial e deficiência visual;
totalmente independente; casado; aposentado)

*“Quando fui ao médico descobri que minha pressão
tava um pouco alta. Mas eu não sinto nada não”*

(E. R. C. - 66 anos; hipertensão arterial;
totalmente independente; casada; dona-de-casa)

“Dizem que infarto e derrame pode dar por causa da pressão alta”

(T. P. C. - 73 anos; hipertensão arterial; totalmente independente;
viúva; aposentada; mora com o filho)

*“Com pressão alta não se brinca não. Vê quantas pessoas
que a pressão sobe e elas morrem de repente!”*

(J. B. G. - 79 anos; hipertensão arterial;
totalmente independente; casado; aposentado)

*“A vida é boa quando se tem saúde. Com a minha idade,
tomo remédio pra pressão todo dia”*

(A. G. - 84 anos; hipertensão arterial; totalmente independente;
viúvo; aposentado; mora com a filha)

Em nossa sociedade, os idosos, sendo considerados os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, tem menores possibilidades de uma vida digna. A velhice é vista como uma época de incapacidades, dependência, aposentadoria insuficiente e exclusão social, da maior parte desta população.

O envelhecimento é um fator de risco para várias doenças crônicas. É uma época em que as doenças se apresentam de formas variáveis e com maior intensidade.

“Sem dentes, sem visão, sem paladar, sem nada.”
(*As you like it, Act II, Sc.2* - Shakespeare)

Fallowfield¹ (1990 apud PASCHOAL, 2000) cita Shakespeare e revela o quadro desanimador, por meio do qual o dramaturgo inglês descreve a velhice. Mas a situação pode ser ainda pior, pois Shakespeare se deteve, apenas, na deterioração física. Ainda, de acordo com Fallowfield (1990 apud PASCHOAL, 2000, p. 94):

Para muitos idosos, poderíamos também acrescentar: sem autoestima, sem eficácia pessoal, sem amor, sem companhia, sem suporte social. Todos, mesmo os mais independentes, precisamos de afeto, de sermos amados, cuidados, estimados e valorizados e de termos a sensação de estarmos ligados a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas. Sem estes suportes, muitos idosos experimentam impotência psicológica, levando a um estado de abandono e desesperança.

O meu despertar para o estudo da temática se iniciou no ano de 2004, ano de implantação da Estratégia de Saúde da Família e ocasião em que assumi o cargo de enfermeira no município de Jaborandi/SP. Durante uma campanha de cadastramento de indivíduos com hipertensão arterial, iniciada neste mesmo ano, pude perceber o elevado número de idosos que foram cadastrados. O que mais despertou a minha atenção foi a constatação de que muitos deles não sabiam que seus níveis pressóricos eram elevados, uns não apresentavam adesão adequada ao tratamento e outros tinham dificuldades em manter o controle adequado de sua pressão arterial, mesmo seguindo a terapêutica prescrita pelo médico.

Em 2005, durante o curso de Especialização em Saúde Pública realizado na UNESP/Araraquara, surgiu a oportunidade de iniciar o estudo sobre hipertensão arterial com alguns idosos usuários do serviço de saúde. E, em 2009, com o ingresso no curso de Mestrado em Saúde na Comunidade, pude aprofundar meus conhecimentos sobre o tema.

Entender os motivos de sensações e posturas tão díspares frente à morbidade é fundamental, se a intenção for favorecer terapêutica eficaz, adesão ao tratamento e um caminho feliz para a velhice, para que seja uma fase repleta de significado.

¹ FALLOWFIELD, L. The Quality of Life in the Elderly. In: Fallowfield, L. **The Quality of Life. The Missing Measurement in Health Care**. London: Souvenir Press (E&A) Ltd., 1990. p.162-85.

1 INTRODUÇÃO

Observam-se no Brasil dois processos, com tendência mundial, que tem produzido importantes mudanças no perfil das doenças ocorrentes em sua população. O primeiro, denominado “Transição Demográfica”, com significativa diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e aumento progressivo na expectativa de vida. Como resultado verifica-se progressivo aumento da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários, tendência essa que deverá se ampliar nos próximos 20 anos. O segundo, caracterizado por importante mudança no perfil de morbimortalidade, denominado de “Transição Epidemiológica” que, no Brasil, se apresenta ainda com importantes diversidades regionais decorrentes das diferenças socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, resultando em um “modelo polarizado de transição”. Nesse modelo de transição temos, em distintas regiões, a ocorrência ainda alta de doenças infecciosas e o crescimento da morbidade e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Nas últimas décadas as DCNT passaram a liderar as causas de óbito no país, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) na década de 80 (Brasil, 2005a).

Figura 1. Evolução temporal da mortalidade proporcional por quatro grupos de causas de óbito no Brasil, 1930 a 2007

Fonte: Transição demográfica e epidemiológica (VERMELHO; MONTEIRO, 2002)

Entre 1950 e 2000, a população brasileira, que representa aproximadamente um terço do total latino-americano, aumentou de 54 milhões para 170 milhões, estimando-se que em 2050 atingirá 244 milhões. Nos cinco decênios finais do século XX, a população menor de 15 anos incrementou de 22 para perto de 50 milhões, devendo manter-se neste patamar, com pequenas oscilações, até 2050. A população acima de 60 anos, por outro lado, passou de 1,6 milhões, em 1950, para 8,7 milhões, em 2000, e, provavelmente, 42 milhões, em 2050. Assim, enquanto a população jovem pouco mais que duplicará, a idosa crescerá em aproximadamente 26 vezes em 100 anos. A sequência cronológica da distribuição por sexo e idade, iniciada pela pirâmide de formato tipicamente jovem de 1950, que se mantém similar até 1970, torna-se, no final do período (2050), praticamente retangular (MOREIRA, 2002):

Figura 2. Brasil - Distribuição Etária Relativa - 1950, 1970, 1990, 2000, 2025 e 2050

Fonte: Mudanças estruturais na distribuição etária brasileira: 1950-2050 (MOREIRA, 2002)

A definição de idoso varia entre os países e as sociedades. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) define como tal as pessoas com 60 anos ou mais para os países em desenvolvimento e 65 ou mais para os países desenvolvidos. A Política Nacional do Idoso do Brasil define como idosa, a pessoa com 60 anos ou mais (BRASIL, 1994).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) o país contava com uma população de cerca de 21 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade, de acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2009. Nessa faixa etária, as mulheres eram a maioria (55,8%), assim como os brancos (55,4%). A escolaridade dos idosos brasileiros é ainda considerada baixa, com 30,7% com menos de um ano de instrução; e 66% já se encontravam aposentados.

Estimativas apontam que a população idosa atingirá 32 milhões em 2025 e fará do país o sexto em número de idosos no mundo, sendo o grupo etário que mais cresce no Brasil. O novo quadro epidemiológico decorrente da transição da estrutura etária brasileira requer adequação da infraestrutura de saúde para atender à crescente população idosa. No que tange à mortalidade, pela crescente concentração dos óbitos em idades mais elevadas, o perfil para os idosos reproduz, em parte, os principais grupos de causas de mortes da população como um todo, sendo as doenças do aparelho circulatório, com 37,5% das mortes, a causa majoritária (IBGE, 2010).

As DCNT são de difícil conceituação, mas podem ser caracterizadas basicamente como doenças com história natural prolongada, com o envolvimento de múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência e curso assintomático. O curso clínico das DCNT é geralmente lento, prolongado, permanente e as manifestações clínicas caracterizam-se por períodos de remissão e exacerbação. Epidemias e pandemias de DCNT estão associadas à crescente longevidade da população e apresentam graves consequências sociais (DIAS; CAMPOS, 2008).

As DCNT variam quanto à gravidade: algumas são debilitantes, outras incapacitantes e algumas letais (BRASIL, 2005a).

A OMS define como doenças crônicas as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes *mellitus*. A OMS também inclui nesse rol aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas (BRASIL, 2008c).

Dentre as DCNT, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), além de ser considerada como doença, também se apresenta como um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, e tem sido apontada como o fator de risco mais importante para este grupo de doença (MOURA, 2005).

1.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A HAS é uma condição clínica caracterizada por níveis de pressão arterial elevados e sustentados. O critério clínico para definir HAS em indivíduos acima de 18 anos corresponde a níveis tensionais iguais ou maiores que 140mmHg x 90mmHg. É considerada uma doença assintomática, de evolução clínica lenta que, sem tratamento adequado, pode ter consequências graves, comprometendo a qualidade de vida do paciente (TRAD et al., 2010). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco

de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (VI DIRETRIZES..., 2010).

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90
Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.		

Quadro 1. Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010)

Existem dois tipos de HAS: a primária ou essencial, que se caracteriza por não haver uma causa conhecida, e a secundária, na qual é possível identificar uma causa para a HAS como, por exemplo, tumores (feocromocitoma), problemas renais, problemas na artéria aorta e algumas doenças endócrinas. Estima-se que 95% das pessoas tenham a forma primária e apenas 5%, a forma secundária (DALLACOSTA; DALLACOSTA; NUNES, 2010).

A HAS é o principal fator de risco de morte entre as DCNT, mostrando uma relação direta e positiva com o risco cardiovascular (VITOR; SAKAI; CONSONI, 2009). É reconhecida mundialmente como o maior fator de risco passível de prevenção nos casos de acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), doença vascular periférica e insuficiência renal (MALUF Jr., 2010).

Segundo a WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO, 2009), o risco global líder de mortalidade no mundo é a HAS (responsável por 13% das mortes). O aumento da pressão arterial altera a estrutura das artérias e, como resultado, os riscos de AVE, doença cardíaca, insuficiência renal e outras doenças aumentam,

não só em pessoas com hipertensão, mas também naquelas com pressão arterial média e abaixo da média. Em qualquer idade, o risco de morrer de pressão alta em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento é mais que o dobro do que em países desenvolvidos.

A hipertensão sistólica isolada (HSI) é definida como pressão arterial sistólica > 140 mmHg e pressão arterial diastólica < 90 mmHg, sendo a forma mais prevalente de elevação da pressão arterial em pacientes acima de 50 anos de idade (GONZAGA; SOUSA; AMODEO, 2009). Globalmente, 51% das mortes por AVE e 45% das mortes por doença isquêmica do coração são atribuídas à pressão arterial sistólica elevada (WHO, 2009).

A prevalência da HAS varia amplamente de população para população, dependendo de fatores de ordem biológica, demográfica, social e ambiental, presentes em cada uma delas (MION Jr. et al., 2010).

A HAS é um dos problemas de saúde pública mais importantes e frequentes no mundo, tendo prevalência aproximada de 20% na população adulta (MALUF Jr., 2010).

No Brasil, a HAS acomete, aproximadamente, de 22,3 a 43,9% da população urbana adulta e mais da metade dos idosos. Cerca de 40 a 83% da população hipertensa desconhece o seu diagnóstico, sendo que de 75 a 92% daqueles que estão em tratamento não controlam a pressão arterial (PA) (DOSSE et al., 2009).

O envelhecimento populacional torna a saúde dos idosos um importante foco de atenção. À medida que a pessoa envelhece, maiores são as chances de contrair uma doença crônica. Basta verificar que somente 22,6% das pessoas de 60 anos ou mais de idade declararam não possuir doenças. Quase metade (48,9%) dos idosos sofre de mais de uma doença crônica. Entre as doenças crônicas, a hipertensão é a que mais se destaca em todos os subgrupos de idosos, com proporções em torno de 50% (IBGE, 2010).

A elevada prevalência, a morbidade e mortalidade associadas e os custos sociais da HAS constituem importantes problemas de saúde pública, cujo controle figura entre as prioridades, propostas pelo Ministério da Saúde, no Pacto pela Saúde - 2006 e na Política Nacional da Atenção Básica (DUARTE et al., 2010).

A implementação de medidas de prevenção para a HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca

de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde. A detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (VI DIRETRIZES..., 2010).

Diversos fatores, denominados fatores de risco, podem interferir no desencadeamento e agravamento da HAS: idade, sexo, antecedentes familiares, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, uso de álcool, uso de tabaco, alimentação rica em sódio e gorduras. Alguns, como a idade, o sexo, a raça e a hereditariedade não podem ser modificados, mas é possível a prevenção da instalação da doença ao longo da vida desses indivíduos. Os demais, relacionados ao estilo de vida, podem ser modificados para que os riscos de complicações sejam minimizados (MANZINI; SIMONETTI, 2009).

Segundo a DBH (VI DIRETRIZES..., 2010), a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram o predomínio de mulheres negras com HAS chegando até 130% em relação às brancas. Não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil.

A mudança do estilo de vida é uma atitude que deve ser estimulada em todos os pacientes hipertensos, durante toda a vida, independente dos níveis de pressão arterial (AMODEO; LIMA, 1996).

Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo (VI DIRETRIZES..., 2010).

O aumento na ingestão de frutas, legumes e verduras pela população em geral tem sido uma prioridade das políticas públicas de saúde em muitos países, pois tem sido associado à diminuição do risco de mortalidade e redução da

ocorrência de doenças crônicas, tais como as doenças cardiovasculares (NEUTZLING et al., 2009).

Estes alimentos são importantes na composição de uma dieta saudável, pois são fontes de micronutrientes, fibras e de outros componentes com propriedades funcionais. Ademais, frutas e hortaliças têm baixa densidade energética, isto é, poucas calorias em relação ao volume do alimento consumido, o que favorece a manutenção saudável do peso corporal (FIGUEIREDO; JAIME; MONTEIRO, 2008).

A literatura mostra o impacto das modificações dos hábitos alimentares na redução do risco cardiovascular e, como resultados, têm sido observados a diminuição do peso corporal, a melhora da tolerância à glicose, a redução da pressão arterial e a melhora do perfil lipídico do plasma (ALVAREZ; ZANELLA, 2009). O estudo *Interheart*, realizado por Yusuf et al. (2004) em 252 centros de 52 países dos 5 continentes, incluiu 27.098 pacientes com idade média de 56 anos, que foram avaliados quanto ao estilo de vida, incluindo fatores psicossociais, consumo de frutas e vegetais, consumo regular de álcool e tabaco, atividade física regular e presença de fatores de risco cardiovascular. Os objetivos do estudo foram testar a associação desses fatores com a ocorrência de infarto do miocárdio. A respeito da ingestão de frutas e vegetais, o risco de infarto do miocárdio foi 30% menor nos indivíduos com consumo regular, comparado ao grupo sem ingestão diária. Nos indivíduos que além do consumo regular de frutas e vegetais exerciam atividade física regular e não possuíam o hábito de fumar o risco de infarto do miocárdio foi 80% menor.

A redução na ingestão de alimentos ricos em sódio, associada à ingestão de alimentos ricos em potássio como frutas e verduras, favorecem a redução da HA e suas complicações. O controle do peso, a prática regular de exercício físico, o consumo moderado de álcool, a abolição do hábito de fumar e o controle do estresse melhoram a qualidade de vida das pessoas e reduzem a pressão arterial (PIATI; FELICETTI; LOPES, 2009).

Mudar o estilo de vida é tarefa difícil, e quase sempre acompanhada de muita resistência, por isso, a maioria das pessoas não consegue fazer modificações e, especialmente, mantê-las por muito tempo. A educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a essas mudanças, para fins de prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS, por meio de hábitos e atitudes saudáveis.

A educação em saúde em grupos favorece a participação do indivíduo e da comunidade, a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos, e a capacitação destes sujeitos para atuarem na melhoria do seu nível de saúde. Além de interferir de forma positiva no controle dos fatores de risco cardiovascular, a adoção de um estilo de vida saudável tem o potencial de melhorar a qualidade de vida das pessoas, e não só de reduzir a PA. Entretanto, o que se observa é que a maioria das pessoas possui um estilo de vida inadequado nos diversos âmbitos em que desenvolvem suas atividades: domicílio, escola, trabalho, entre outros (SANTOS; LIMA, 2008).

As modificações de hábitos de vida já se mostraram comprovadamente eficazes na redução da PA, na melhora da eficácia anti-hipertensiva e na diminuição do risco cardiovascular associado. O uso de terapia anti-hipertensiva também já se comprovou extremamente útil não só na redução da PA, mas também na ocorrência de eventos cardiovasculares (POZZAN et al., 2003).

A decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular (presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida) e não apenas no nível da PA. Modificar o estilo de vida, além de retardar o desenvolvimento da HAS em indivíduos com PA limítrofe, acarreta também impacto favorável nos fatores de risco envolvidos no desenvolvimento ou agravamento da HAS, devendo ser indicadas indiscriminadamente. O período de tempo recomendado para as medidas de modificação de estilo de vida isoladamente em hipertensos e naqueles com comportamento limítrofe da PA, com baixo risco cardiovascular, é de no máximo seis meses. Caso os pacientes não estejam respondendo a essas medidas após três meses, uma nova avaliação, em seis meses, deve ser feita para confirmar o controle da PA. Se esse benefício não for confirmado, já está indicada a instituição do tratamento medicamentoso em associação. Em pacientes com riscos médios, altos ou muito altos, independentemente da PA, a abordagem deve ser combinada (não medicamentosa e medicamentosa) para se atingir a meta preconizada o mais precocemente (VI DIRETRIZES..., 2010).

Categoria	Considerar
Hipertensos estágios 1 e 2 com risco cardiovascular baixo e médio	< 140/90 mmHg
Hipertensos e comportamento limitrofe com risco cardiovascular alto e muito alto, ou com 3 ou mais fatores de risco, DM, SM ou LOA	130/80 mmHg
Hipertensos com insuficiência renal com proteinúria > 1,0 g/l	

DM - diabetes melito; SM - síndrome metabólica; LOA - lesões em órgãos-alvo.

Quadro 2. Metas a serem atingidas de acordo com as características individuais

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010)

De acordo com a DBH (VI DIRETRIZES..., 2010) os aspectos importantes na escolha do anti-hipertensivo são:

- Ser eficaz por via oral;
- Permitir a administração em menor número possível de tomadas, com preferência para dose única diária;
- Não ser obtido por meio de manipulação, pela inexistência de informações adequadas de controle de qualidade, bioequivalência e/ou de interação química dos compostos;
- Ser utilizado por um período mínimo de quatro semanas, salvo em situações especiais, para aumento de dose, substituição da monoterapia ou mudança das associações em uso;
- Ser seguro e bem tolerado e com relação de risco/benefício favorável ao paciente;
- Ser iniciado com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente ressaltando-se que, quanto maior a dose, maiores serão as probabilidades de efeitos adversos;
- Ser considerado em associação para os pacientes com hipertensão em estágios 2 e 3 e para pacientes de alto e muito alto risco cardiovascular que, na maioria das vezes, não alcançam a meta de redução da pressão arterial preconizada com a monoterapia;

- Ter demonstração, em ensaios clínicos, da capacidade de reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares associadas à hipertensão arterial (característica para preferência de escolha).

Qualquer medicamento dos grupos de anti-hipertensivos comercialmente disponíveis, desde que resguardadas as indicações e contraindicações específicas, pode ser utilizado para o tratamento da hipertensão arterial. Conforme a DBH (VI DIRETRIZES..., 2010) os anti-hipertensivos comercialmente disponíveis no Brasil, por classes, são:

- **Diuréticos:** seu mecanismo de ação anti-hipertensiva se relaciona inicialmente aos seus efeitos diuréticos e natriuréticos, com diminuição do volume extracelular. Posteriormente, após cerca de quatro a seis semanas, o volume circulante praticamente se normaliza e há redução da resistência vascular periférica. São eficazes no tratamento da hipertensão arterial, tendo sido comprovada sua eficácia na redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Principais reações adversas: Hipopotassemia, por vezes acompanhada de hipomagnesemia, que pode induzir arritmias ventriculares, e hiperuricemia. O emprego de baixas doses diminui o risco de efeitos adversos, sem prejuízo da eficácia anti-hipertensiva, especialmente quando em associação com outros anti-hipertensivos. Os diuréticos também podem provocar intolerância à glicose, aumentar o risco do aparecimento do diabetes melito, além de promover aumento de triglicérides, efeitos esses, em geral, dependentes da dose;

- **Inibidores adrenérgicos:**

1 - **Ação central:** atuam estimulando os receptores alfa-2 adrenérgicos pré-sinápticos no sistema nervoso central, reduzindo o tônus simpático. Seu efeito hipotensor como monoterapia é, em geral, discreto. Entretanto, podem ser úteis em associação com medicamentos de outros grupos, particularmente quando há evidência de hiperatividade simpática. Principais reações adversas: são, em geral, decorrentes da ação central, como sonolência, sedação, boca seca, fadiga, hipotensão postural e disfunção sexual;

2 - **Betabloqueadores**: seu mecanismo anti-hipertensivo envolve diminuição inicial do débito cardíaco, redução da secreção de renina, readaptação dos barorreceptores e diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas. São eficazes no tratamento da hipertensão arterial. A redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares é bem documentada em grupos de pacientes com idade inferior a 60 anos. Principais reações adversas: broncoespasmo, bradicardia, distúrbios da condução atrioventricular, vasoconstrição periférica, insônia, pesadelos, depressão psíquica, astenia e disfunção sexual;

3 - **Alfabloqueadores**: apresentam efeito hipotensor discreto em longo prazo como monoterapia, devendo, portanto, ser associados com outros anti-hipertensivos. Podem induzir ao aparecimento de tolerância, o que exige o uso de doses gradativamente crescentes. Têm a vantagem de propiciar melhora discreta no metabolismo lipídico e glicídico e nos sintomas de pacientes com hipertrofia prostática benigna. Principais reações adversas: hipotensão postural, mais evidente com a primeira dose, sobretudo se a dose inicial for alta, palpitações e, eventualmente, astenia.

- **Vasodilatadores diretos**: atuam sobre a musculatura da parede vascular, promovendo relaxamento muscular com consequente vasodilatação e redução da resistência vascular periférica. São utilizados em associação com diuréticos e/ou betabloqueadores. Principais reações adversas: pela vasodilatação arterial direta promovem retenção hídrica e taquicardia reflexa, o que contraindica seu uso como monoterapia;

- **Antagonistas dos canais de cálcio**: a ação anti-hipertensiva decorre da redução da resistência vascular periférica por diminuição da concentração de cálcio nas células musculares lisas vasculares. São anti-hipertensivos eficazes e reduzem a morbidade e mortalidade cardiovasculares. Eficácia, tolerabilidade e segurança do uso dessa classe de medicamentos no tratamento da hipertensão arterial de pacientes com doença coronariana. Principais reações adversas: cefaleia, tontura, rubor facial e edema de extremidades, sobretudo maleolar;

- **Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECAs)**: agem fundamentalmente pela inibição da enzima conversora da angiotensina (ECA),

bloqueando a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos, embora outros fatores possam estar envolvidos nesse mecanismo de ação. São eficazes no tratamento da HAS, reduzindo a morbidade e a mortalidade cardiovasculares nos hipertensos, pacientes com insuficiência cardíaca, com infarto agudo do miocárdio, em especial quando apresentam baixa fração de ejeção, de alto risco para doença aterosclerótica, sendo também úteis na prevenção secundária do acidente vascular encefálico. Quando administrados em longo prazo, os IECAs retardam o declínio da função renal em pacientes com nefropatia diabética ou de outras etiologias. Principais reações adversas: tosse seca, alteração do paladar e, mais raramente, reações de hipersensibilidade com erupção cutânea e edema angioneurótico. Em indivíduos com insuficiência renal crônica, podem eventualmente agravar a hiperpotassemia. Em pacientes com hipertensão renovascular bilateral ou unilateral associada a rim único, podem promover redução da filtração glomerular com aumento dos níveis séricos de ureia e creatinina;

- **Bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II:** antagonizam a ação da angiotensina II por meio do bloqueio específico de seus receptores AT1. São eficazes no tratamento da hipertensão arterial, especialmente em populações de alto risco cardiovascular ou com comorbidades proporcionam redução da morbidade e mortalidade cardiovascular. Efeito benéfico em insuficiência cardíaca congestiva e são úteis na prevenção do acidente vascular cerebral. São nefroprotetores no paciente com diabetes melito tipo 2 com nefropatia e incipiente. Principais reações adversas: os bloqueadores do receptor AT1 apresentam bom perfil de tolerabilidade. Foram relatadas tontura e, raramente, reação de hipersensibilidade cutânea (“rash”). As precauções para seu uso são semelhantes às descritas para os IECA;

- **Inibidores diretos da renina:** promove uma inibição direta da ação da renina com consequente diminuição da formação de angiotensina II. Há ainda especulação sobre outras ações, como redução da atividade plasmática de renina, bloqueio de um receptor celular próprio de renina/pró-renina e diminuição da síntese intracelular de angiotensina II. Redução da pressão arterial de intensidade semelhante aos demais anti-hipertensivos e efeito benéfico na redução de morbidade cardiovascular e renal, hipertrofia de ventrículo esquerdo e proteinúria. Principais reações adversas: apresentam boa tolerabilidade. “Rash” cutâneo, diarreia (especialmente com doses

elevadas, acima de 300 mg/dia), aumento de CPK e tosse são os eventos mais frequentes, porém em geral com incidência inferior a 1%.

A HAS poderá levar a uma dramática alteração no estilo de vida das pessoas, principalmente pelas restrições impostas pelo tratamento, farmacológico ou não, exigindo uma forte cooperação por parte do cliente (OLIVEIRA; ARAUJO, 2002).

Segundo Leite e Vasconcellos (2003), o conceito “adesão à terapêutica” é compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos, em pelo menos 80% de seu total, observando horários e dose e tempo de tratamento.

Algumas características do tratamento medicamentoso podem influenciar na adesão, ressaltando-se o custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos e tratamento por toda vida. Vários outros fatores interferem na adesão, tais como características pessoais, conhecimentos, valores, crenças, experiências, expectativas, suporte social e recursos financeiros. A discrepância entre ter informação a respeito da doença e tratamento e conseguir controlar a pressão arterial aponta para a diferença essencial entre conhecimento e adesão. Enquanto o conhecimento é racional, adesão é um processo complexo, envolvendo fatores emocionais e barreiras concretas, de ordem prática e logística (MION Jr., 2010).

Para a DBH (VI DIRETRIZES..., 2010), os principais determinantes da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo referem-se a:

- Falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica;
- Baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, e baixa autoestima;
- Relacionamento inadequado com a equipe de saúde;
- Tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço;
- Custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis;
- Interferência na qualidade de vida após início do tratamento.

Uma das grandes dificuldades dos indivíduos com hipertensão em aderir ao tratamento é entender por que devem utilizar diariamente diversos comprimidos e

sofrer com efeitos colaterais para controlar um problema que não apresentou sintomas. A regularidade e a qualidade da comunicação clínica são determinantes na obtenção dos resultados esperados, uma vez que pacientes bem informados sobre o prognóstico e opções de tratamento - incluindo benefícios e efeitos adversos - estão mais dispostos a aderir às recomendações. A educação em saúde é, então, imprescindível, pois não é possível o controle adequado da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamenta o tratamento (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010).

1.2 QUALIDADE DE VIDA E HIPERTENSÃO ARTERIAL

A definição de Qualidade de Vida (QV), de seus conceitos e de suas propostas baseou-se em diferentes fundamentações teóricas e práticas, até que após a II Guerra Mundial, a OMS redefiniu saúde incorporando a noção de bem-estar físico, emocional e social e desencadeou uma discussão considerável a respeito da possibilidade de medir o bem-estar. Atualmente, QV é definida de acordo com a área de aplicação, englobando duas tendências: a primeira como um conceito genérico, que enfatiza de forma ampla os estudos sociológicos, sem fazer referência à disfunção ou agravos. Ilustra, com excelência, essa conceituação a adotada pela OMS, ou seja, a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (BUTOLO VIDO; QUINTELLA FERNANDES, 2007).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), QV é definida como noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial e pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. Segundo os mesmos autores, o termo QV abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades, que a ele se reportam em

variadas épocas, espaços e histórias diferentes sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.

A segunda tendência do conceito QV é a relacionada à saúde, que considera também aspectos relativos às enfermidades, às disfunções e às necessárias intervenções terapêuticas em saúde, identificando o impacto destes na QV. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) é o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções (BUTOLO VIDO; QUINTELLA FERNANDES, 2007).

Na área da saúde, o interesse pelo conceito QV decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um continuum, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida. Consoante essa mudança de paradigma, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (SEIDL; ZANNON, 2004).

A maior expectativa de vida da população, se não acompanhada de investimento na promoção da saúde dos indivíduos, pode resultar em aumento de anos vividos com DCNT e incapacidades, comprometendo a QV das pessoas (BRASIL, 2005a).

O envelhecimento reforça a importância de manter a saúde e autonomia. O avançar da idade, por si só, aumenta o risco de doenças crônicas, com destaque para as cardiovasculares. Entretanto, o desenvolvimento dessas doenças acomete diferencialmente os indivíduos, com menor frequência e gravidade naqueles com trajetória e cotidiano mais saudáveis (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2008).

O IBGE vem alertando por meio dos indicadores sociais e demográficos, divulgados anualmente, que a estrutura etária do país está mudando e que o grupo de idosos é, hoje, um contingente populacional expressivo em termos absolutos e de crescente importância relativa no conjunto da sociedade brasileira, daí decorrendo

uma série de novas exigências e demandas em termos de políticas públicas de saúde e inserção ativa dos idosos na vida social (IBGE, 2010).

A HAS contribui significativamente para modificações na QV das pessoas, visto que interfere na capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual, exercício profissional e outras atividades do cotidiano. A percepção do indivíduo sobre a doença influencia diretamente na manutenção ou não do regime terapêutico, e com isso favorece a implementação de novas estratégias de educação em saúde, buscando a diminuição da morbidade e mortalidade decorrentes da doença e manutenção da QV (PINOTTI; MANTOVANI; GIACOMOZZI, 2008).

De acordo com Magnabosco (2007), alguns fatores que podem influenciar a QV dos indivíduos com hipertensão arterial são os efeitos colaterais das drogas, as doenças que podem estar associadas à HAS, a necessidade de mudanças no hábito de vida e também pelo simples diagnóstico da doença, o qual provoca, aparentemente, a perda do silêncio do corpo e a lembrança da doença como fator de mortalidade. E a prática assistencial em saúde mais efetiva e humana precisa entender que o cuidado é realizado para pessoas que são seres integrados, ativos e com sentimentos, sendo preciso estar comprometido com a QV dessas pessoas, procurando estratégias que favoreçam o viver mais saudável, mesmo tendo uma condição crônica.

Segundo Santos e Lima (2008), o trabalho educativo em grupos consiste numa valiosa alternativa para se buscar a promoção da saúde que permite o aprofundamento de discussões e a ampliação de conhecimentos, de modo que as pessoas superem suas dificuldades e obtenham maior autonomia, melhores condições de saúde e qualidade de vida.

No Brasil, a lei orgânica da saúde - Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), a Norma Operacional Básica de 1996 e a Portaria n.º 1399 da FUNASA, de 1999, definem e estabelecem como competências do Estado: a responsabilidade de criação de programas de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo em destaque a educação em saúde.

1.3 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Nos últimos anos, têm-se observado uma mudança na orientação dos serviços de saúde, rompendo com a hegemonia do cuidado curativo centrado na atenção hospitalar e redirecionando o atendimento para a atenção básica. Dessa forma, são cada vez mais valorizadas as estratégias de promoção e de prevenção em saúde, visando alcançar um grau de resolubilidade de ações para evitar o agravamento de situações mórbidas e reduzindo a evolução de agravos que possam demandar uma atenção de maior complexidade (BRASIL, 2008c).

O processo de consolidação do SUS estabelece atualmente como desafio para suas instâncias gestoras a garantia da qualidade da atenção prestada aos seus usuários. No contexto da Atenção Básica de Saúde, a melhoria da qualidade aponta para a reorganização das ações, delineadas a partir do conhecimento da realidade local, das necessidades de saúde e da melhor definição de competências e responsabilidades (BRASIL, 2004a).

As prioridades nacionais pactuadas revelam exatamente alguns dos desafios demográficos, epidemiológicos e de gestão sanitária que um país em desenvolvimento, como o Brasil, tem no mundo contemporâneo. Assim, nelas encontram-se: a preocupação com o envelhecimento populacional ativo e saudável; a existência de uma dupla carga de enfermidades - transmissíveis e não transmissíveis; a consciência de que a saúde é determinada socialmente e pede a melhoria das condições e da qualidade de vida das coletividades para existir; e a necessidade de um modelo de organização do sistema de saúde que esteja mais próximo dos cenários em que vivem sujeitos e coletividades e, portanto, possa compreendê-los melhor e intervir de forma mais resolutiva e integrada (BRASIL, 2008c).

Os serviços de saúde podem atuar de forma a alterar a frequência, a distribuição dos agravos à saúde e até mesmo a desigualdade entre setores sociais, melhorando a QV da população. Por tal razão, o conhecimento do perfil dos agravos à saúde prevalentes em uma região é um indicador insubstituível para a provisão de serviços e de recursos usados em atividades de natureza preventiva, diagnóstica, terapêutica e de reabilitação (CAMPOS et al., 2009).

Nos hospitais públicos brasileiros (serviços terciários) e em muitos centros de especialidade (atenção secundária), os pacientes acabam ficando vinculados ao serviço, e não a um médico ou profissional de saúde específico. Esse cenário tem mudado com o aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que reorganiza a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência. Por meio dessa abordagem, não só o paciente, mas toda a família e a comunidade estão vinculadas a um médico e a uma equipe de saúde específica (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010).

O Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991, e a ESF, implantada a partir de 1994, representaram uma evolução no atendimento do SUS no nível da atenção básica, promovendo uma maior interação com a comunidade, por meio dos agentes comunitários de saúde, e, essencialmente, promovendo ações voltadas à prevenção de agravos à saúde nas diversas faixas etárias, desde antes do nascimento até a terceira idade. O PACS incorporou o conceito de territorialização, essencial para o planejamento na implantação do PSF (CAMPOS et al., 2009).

A ESF foi implantada em unidades básicas de saúde por meio de equipes multiprofissionais, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, que tem no planejamento estratégico um instrumento de gestão de caráter ético-político e comunicativo, não se restringindo a dimensão técnica para a construção do seu modelo de organização das ações de saúde. A Pesquisa de Informações Básicas Municipais - MUNIC 2009 informou que 5290 municípios brasileiros (95,10%) possuem a ESF, estando bastante disseminada entre os municípios, com o número de equipes alcançando 31759 (BRASIL, 2004a; IBGE, 2010).

Um estudo realizado em 2010 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) demonstra os avanços obtidos pela ESF nos últimos anos. O programa, que leva informação e assistência à saúde até as residências das famílias brasileiras, atualmente beneficia 191,6 milhões de pessoas. Isto equivale a uma cobertura de 96,70% da população. O Saúde da Família é, atualmente, a estratégia do SUS melhor avaliada por usuários do SUS. De acordo com o Estudo Sistemas de Indicadores de Percepção Social, 80,70% dos entrevistados avaliaram o Saúde da Família como “muito bom ou bom” (BRASIL, 2011).

A atenção à saúde dos idosos é primordial para preservar a sua autonomia pelo maior tempo possível. O envelhecimento do organismo por si só já diminui a capacidade funcional do ser humano e as doenças crônicas tendem a acelerar este processo, principalmente, se não houver acompanhamento médico (IBGE, 2010).

A Política Nacional do Idoso foi regulamentada pela lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 - Cap. IV, art. 10, dispondo sobre os cuidados de saúde direcionados a este grupo populacional (BRASIL, 1996). O Estatuto do Idoso, lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, prescreve diretrizes para o cuidado, com objetivos de prevenção e manutenção da saúde deste grupo populacional, incluindo ações de (BRASIL, 2003):

- Cadastramento da população idosa em base territorial;
- Atendimento domiciliar incluindo a internação para o idoso que precisar e estiver impossibilitado de se locomover, inclusive para aqueles abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público nos meios urbano e rural;
- Fornecimento gratuito, pelo Poder Público, de medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

Os registros da MUNIC devem ser analisados em conjunto com as informações de cobertura da população potencialmente alvo da ESF. Nesse sentido, a PNAD 2008 investigou se os domicílios estavam cadastrados no referido programa e se as pessoas tinham plano de saúde. Havia um número expressivo de idosos (32,50%) que não tinham seu domicílio cadastrado no programa nem tinham plano de saúde particular (IBGE, 2010).

A Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde do SUS (NOAS/SUS) de janeiro de 2001, entre as ações estratégicas mínimas de responsabilidade dos municípios, estabeleceu como uma das ações prioritárias aos grupos de risco, o controle da hipertensão arterial, a ser desenvolvido por meio do diagnóstico de casos, no cadastramento de portadores, na busca ativa, no tratamento e nas ações educativas, incluindo acompanhamento rigoroso e assistência multiprofissional, a serem desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família (USF). As doenças

crônicas merecem mais atenção dos órgãos públicos, tornando-se necessário que as ESFs tenham maior conhecimento sobre a população hipertensa, cadastrando-os, levantando fatores de risco, complicações existentes, nível de pressão arterial sistólica e diastólica, Índice de Massa Corpórea (IMC), circunferência abdominal e outros dados que possam levar à implantação de estratégias focadas nos reais problemas daquela população (DALLACOSTA; DALLACOSTA; NUNES, 2010).

A abordagem por uma equipe interdisciplinar contribui para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão ampla do problema, dando-lhes motivação para adotarem mudanças nos hábitos de vida e aderirem ao tratamento. A atenção primária ao hipertenso, quando centrada na família, percebida a partir de seu ambiente físico e social possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Dessa forma, a atuação é integrada, com níveis de competência bem estabelecidos na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, com medidas preventivas primárias e atendimento à hipertensão arterial. As estratégias para a implantação de medidas preventivas dependem da atuação de equipes interdisciplinares, adoção de políticas públicas, atividades comunitárias, organização e planejamento dos serviços de saúde. O acesso do paciente a esses serviços e a qualidade do trabalho desenvolvido também interferem na adesão ao tratamento (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010).

O Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, O HIPERDIA, criado por meio Portaria nº 371/GM, em 4 de março de 2002, é um Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos captados em todas as unidades ambulatoriais do SUS, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. Além do cadastro, o Sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, em médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, e o consequente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da QV dessas pessoas e a redução do custo social (BRASIL, 2010b).

Na década de 1980, a OMS definiu a promoção da saúde como o processo que consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma (WHO, 1986).

Para Arbex (2009), a conscientização sobre a doença deve ser a primeira proposta oferecida ao hipertenso. Assim, é importante abordar temas para melhor conhecer a HAS, suas complicações, os cuidados que devem ser tomados e os controles exigidos para estabilizar a doença. Os programas devem estar voltados à promoção de saúde, com orientação sobre nutrição, atividade física, controle de estresse e necessidade da adesão ao tratamento. Para maior eficácia, as ações educativas devem ser inseridas no atendimento dos serviços públicos de saúde devendo ser institucionalizada por meio da incorporação dos profissionais de saúde e participação da comunidade.

Os grupos de hipertensos tiveram início na década 1970 nos Estados Unidos, com o objetivo principal de monitorar a adesão ao tratamento com efetivo controle da pressão arterial. A troca de experiências entre os membros do grupo, identificados pela condição comum da doença, exerceria ainda grande efeito terapêutico sobre eles. O desenvolvimento de estudos que analisem o controle da pressão arterial, bem como o conhecimento de seus resultados, torna-se uma ferramenta indispensável ao trabalho do profissional de saúde que atua nessa área (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010).

Atualmente, a importância do desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde vem sendo destacada em nível mundial. Trata-se de uma ideia antiga na Saúde Pública e que tem origem no reconhecimento de que para a melhoria da saúde da população é necessário garantir o acesso a boas condições de vida e de trabalho (ASSIS, 2002).

2 JUSTIFICATIVA

A identificação de hipertensos residentes na comunidade e seu tratamento adequado são componentes essenciais para o sucesso de programas de saúde pública, visando o controle da hipertensão arterial.

A doença é geralmente desconhecida pela metade dos pacientes. Entre os que conhecem o diagnóstico, 50% dos indivíduos não controlam a pressão arterial. A grande dificuldade no controle da HAS se deve ao fato de ser essa uma doença frequentemente assintomática, de tratamento complexo e por toda a vida (ARBEX, 2009).

Um grande desafio no diagnóstico e controle da hipertensão arterial é conhecer o impacto da doença e seu tratamento sobre a vida do paciente (GUSMÃO; PIERIN, 2009).

Frente à alta prevalência da hipertensão arterial e à sua condição de ser um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e níveis de controle pouco satisfatórios, é fundamental conhecer a prevalência de hipertensão e aspectos relacionados ao tratamento (MION Jr., 2010).

A hipertensão arterial é uma doença comum entre os idosos, o que justifica a importância deste estudo, que pretende compreender também os fatores que favorecem o aparecimento da morbidade. Porque tratar as pessoas sem mudar o que as fazem doentes? E contribuir para condutas e políticas que favoreçam um caminho feliz para a velhice.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência da HAS entre idosos do município de Jaborandi/SP, identificando os grupos dos não hipertensos, dos hipertensos que sabiam e dos que desconheciam a sua condição. Avaliar fatores demográficos, socioeconômicos e clínicos associados e a prática de atividade física. Entre os hipertensos, investigar a qualidade de vida dos idosos em tratamento medicamentoso.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Avaliar a função cognitiva dos idosos;

- Analisar a existência de associação da Hipertensão Arterial nos idosos com as seguintes variáveis:

- Características demográficas (idade, sexo, escolaridade, raça);
- Características socioeconômicas (estado civil, morar só, ocupação, classe socioeconômica);
- Características clínicas e de saúde (medida da pressão arterial, antropometria, hábitos de vida, indicadores da condição de saúde, uso de medicamentos, uso dos serviços de saúde e filiação a plano privado de saúde);
- Prática de atividade física.

- Avaliar a percepção do idoso sobre o efeito do tratamento medicamentoso em seu estilo de vida e aspectos de bem-estar físico e psicológico na avaliação de sua qualidade de vida.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa se trata de um estudo descritivo transversal do tipo inquérito, com amostragem não probabilística por conveniência, composta por idosos de ambos os sexos.

4.1 CENÁRIO DO ESTUDO

A cidade de Jaborandi recebeu este nome devido à enorme quantidade da planta *Pilocarpus jaborandi* Holmes, popularmente conhecida como “jaborandi”, que existia às margens do córrego, de mesmo nome, nas proximidades de onde o município teve origem. Os primeiros moradores chegaram às terras doadas ao padroeiro “Arcanjo Gabriel” por volta de 1902. Em 1924 foi criado o Distrito de Paz de Jaborandi, pertencente ao município de Colina. E em 24 de dezembro de 1948, a cidade obteve sua emancipação política e administrativa. Jaborandi está situada na microrregião de Barretos, ao norte do Estado de São Paulo, a 417 km da capital (figura 3), apresentando como limites os seguintes municípios: ao norte a cidade de Terra Roxa, a oeste a cidade de Morro Agudo, ao sul a cidade de Barretos e a leste a cidade de Colina.

Figura 3. Localização do município de Jaborandi no Estado de São Paulo

Fonte: Jaborandi (2011)

A área territorial do município é de 274, 219 km², possuindo um número de 6592 habitantes, sendo 3338 homens e 3254 mulheres, com 6166 habitantes na zona urbana e 426 na zona rural (IBGE, 2010).

Entre a população, 9,92% são migrantes que chegam para o trabalho nas lavouras de cana-de-açúcar e laranja. São 654 pessoas, entre trabalhadores e familiares, que ao mesmo tempo em que impulsionam a economia, com a utilização do comércio local, sobrecarregam a infraestrutura urbana. Jaborandi não possui comércio forte e nem indústrias, depende do repasse do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), que é pago de acordo com o número de habitantes e não leva em conta a população flutuante.

A maior fonte de trabalho no município está voltada para alguns órgãos públicos como: prefeitura, hospital, Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidade de Saúde da Família (USF), escolas, creches, almoxarifado, delegacia de polícia, correio, cartório e asilo. Outros moradores trabalham em estabelecimentos como: banco, farmácia, mercado, padaria, clube, pequenas lojas, além do corte da cana. Na zona rural, a maioria das pessoas trabalha na lavoura e com gado leiteiro. As mulheres cuidam dos afazeres das casas e também ajudam na roça. Tanto na cidade como na roça há pessoas desempregadas. A cultura predominante no município é a canavieira.

No ano de 2004 o Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado no município.

Jaborandi possui uma UBS, o Centro de Saúde III Dr. Amadeu Pagliuso, com a equipe 2 da Estratégia de Saúde da Família instalada (ESF 2) e uma USF com a equipe 1 da Estratégia de Saúde da Família (ESF 1).

Nas ESF 1 e 2 estão cadastradas 100% da população do município, tanto a residente na zona urbana quanto a da zona rural, totalizando 1885 famílias atendidas.

A área de abrangência da ESF 2 é caracterizada por alguns contrastes, nela residindo pessoas de níveis socioeconômicos diferentes e com incidência de migrações de trabalhadores rurais provenientes da região Nordeste e do norte de Minas Gerais.

A ESF 2 possui um território dividido em 6 microáreas, onde estão cadastradas 2431 pessoas (1235 do sexo feminino e 1196 do sexo masculino). A população está assim distribuída por faixa etária:

- de 0 a 10 anos: 289 habitantes (11,88%);
- de 11 a 19 anos: 316 habitantes (12,99%);
- de 20 a 59 anos: 1374 habitantes (56,51%);
- acima de 60 anos: 452 habitantes (18,59%).

Entre as crianças de 7 a 14 anos, 99,56% frequentam a escola e 97,78% da população acima de 15 anos são alfabetizadas.

Em relação à assistência médica, 76,9% das pessoas não possuem cobertura de plano de saúde, o que indica que a maioria da população depende da rede pública do SUS quando necessita de atendimento médico.

A área da ESF 2 é urbanizada, com ruas asfaltadas, com calçamento e predominância de: casas de tijolo/adobe (100%), abastecimento de água da rede pública (100%) e tratamento de água no domicílio (99,74% cloração e 0,26% filtração), energia elétrica (99,22%), coleta de lixo pública (100%) e sistema de esgoto (99,74%). É uma área essencialmente residencial, possuindo alguns estabelecimentos públicos e comerciais e contando também com recursos educacionais como escola e biblioteca municipal.

A população utiliza como meio de transporte ônibus (13,78%), carro (32,4%), carroça (0,11%), caminhão (1%), e outros (56,55%). Os principais meios de comunicação são: TV (89,53%), rádio (34,14%), e outros (2,10%). E como lazer, a população desfruta de discoteca, campo de futebol, praça com quadra poli esportiva, lago, piscina, pesque-pague, entre outros.

A análise da morbidade referida (doença ou estado mórbido que a pessoa refere ter) está sujeita a erros de subestimação ou superestimação, visto que são entidades que são manifestadas pela população quando esta é questionada pelo agente comunitário e depende da capacidade do indivíduo de reconhecer a presença ou a ausência de uma determinada doença. Isto não indica com precisão a presença destas doenças referidas ou a ausência de doenças que não foram manifestadas pelas pessoas.

As principais morbidades referidas pela população cadastrada na ESF 2 são: a Hipertensão Arterial Sistêmica, que atinge 14,97% da população (364 casos) e o

Diabetes Mellitus, atingindo 4,15% (101 casos). Há 2 casos referidos de Hanseníase (0,08%), 1 caso de Tuberculose (0,04%), 3 casos de Doença de Chagas (0,12%), 22 casos de deficiências físicas (0,9%) e 6 casos de Alcoolismo (0,24%). Não foram referidos casos de malária e doenças mentais.

Como as doenças mentais são relativamente frequentes, provavelmente deve haver algum erro de subestimação, talvez pelo fato das pessoas não reconhecerem os distúrbios mentais como sendo doenças propriamente ditas.

A população de idosos escolhida para este estudo foi a residente na microárea com maior número de idosos do município, a microárea 1 da ESF 2, pois com 351 indivíduos cadastrados, 101 são idosos.

A morbidade mais referida pela população da ESF 2 é a HAS, acometendo quase 15% da população cadastrada na área. Entre a população que reside na microárea 1, a HAS também foi a doença mais referida, com 62 casos (17,66% dos residentes da microárea).

Estes dados foram obtidos do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) no ano de 2010.

4.2 POPULAÇÃO, AMOSTRA E PERÍODO DO ESTUDO

Foram convidados a participar deste estudo 101 idosos (indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos), de acordo com os seguintes critérios:

- critérios de inclusão: idosos de ambos os sexos, cadastrados e residentes na área de abrangência da microárea 1 da ESF 2;
- critérios de exclusão: presença de déficit cognitivo (avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental - MEEM), idoso acamado e percepção sensorial prejudicada (surdo, cego e mudo).

No início desta investigação, 19 participantes foram excluídos por diferentes razões, a saber: sete se encontravam acamados, cinco receberam diagnóstico de doença de Alzheimer, dois apresentavam surdez, 1 era deficiente mental e 4

apresentaram baixa pontuação no MEEM. Alguns idosos não foram selecionados para esta pesquisa, de acordo com os critérios de exclusão, devido ao fato de não estarem aptos a participarem da entrevista e a serem submetidos aos métodos de aferição da pressão arterial e antropometria.

A composição da amostra foi então de 82 idosos, 34 do sexo masculino e 48 do sexo feminino.

Este estudo foi realizado no segundo trimestre de 2010.

4.3 INSTRUMENTOS

O pré-teste é uma fase fundamental da pesquisa, onde a população alvo entra em contato com as questões e possibilitam ao pesquisador verificar se o instrumento pode ser entendido e interpretado corretamente pelos sujeitos. O pré-teste pode, além de possibilitar ajustes e detecção de incoerências, pode aumentar a validade do instrumento (CAETANO; FERREIRA, 2010). Para observar se existia dificuldade em responder as questões dos questionários e, também, avaliar o tempo de cada entrevista, foi realizado um pré-teste individual com 10 pacientes idosos com hipertensão que participam da ESF 2, pela pesquisadora principal nesta unidade de saúde. Após a realização deste procedimento, constatou-se que não seria necessário fazer alterações aos instrumentos desta pesquisa.

4.3.1 Mini Exame do Estado Mental

Para avaliar as funções cognitivas foi aplicado o MEEM, (Anexo D), validado no Brasil por Bertolucci et al. (1994). Este instrumento se compõe de sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas. São elas: orientação para tempo, orientação para local, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação das três palavras, linguagem e praxia visuo-construtiva. O escore do MEEM varia de 0 a 30 pontos, sendo que valores mais

baixos apontam para possível déficit cognitivo. Como o teste sofre influência da escolaridade, valores de referência foram propostos com o objetivo de identificar sujeitos com possíveis déficits cognitivos. Em 2003, Brucki et al. estudaram uma amostra brasileira e sugeriram os seguintes valores para estudos em nosso meio: para analfabetos, 20 pontos; de 1 a 4 anos de escolaridade, 25; de 5 a 8 anos, 26,5; de 9 a 11 anos, 28; e, para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29 pontos.

4.3.2 Questionário Demográfico, Socioeconômico e Clínico

O questionário demográfico, socioeconômico e clínico (Anexo E) compõe questões semiestruturadas, de acordo com as variáveis citadas abaixo:

- demográficas (idade, sexo, escolaridade, raça);
- socioeconômicas (estado civil, morar só, ocupação, classe socioeconômica);
- clínicas e de saúde (medida da pressão arterial, antropometria, hábitos de vida, indicadores da condição de saúde, uso de medicamentos, uso dos serviços de saúde e filiação a plano privado de saúde).

A classificação econômica - classe socioeconômica a qual o indivíduo pertence - segundo critérios da Associação Brasileira de Anunciantes (ABA) e da Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME), classificado de acordo com a pontuação de Almeida e Wickerhauser (1991), utilizou categorias para a classificação, com uma escala de cinco pontos, na qual a classe “A” é a mais rica e a “E”, a mais pobre:

A: 25 – 34

B: 17 – 24

C: 11 – 16 → correspondem à soma dos itens presente na casa do participante.

D: 06 – 10

E: 00 – 05

Como base para a elaboração deste instrumento de coleta de dados foi revisado o questionário Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), 2009), um inquérito de base populacional realizado periodicamente nos Estados Unidos. Foram incluídas questões já padronizadas por instrumentos validados e complementados por outras questões.

O BRFSS, sistema de monitoramento por entrevista telefônica mais antigo e de maior envergadura no mundo, foi criado pelo CDC em 1981 e implantado inicialmente em 29 Estados americanos. Desde 1994 funciona regularmente em todos os 50 Estados, na capital federal e nos três territórios americanos, com objetivo de monitorar, em nível estadual e regional, a prevalência entre adultos dos principais comportamentos de risco associados à morbidade e mortalidade prematura. O BRFSS entrevista amostras probabilísticas de indivíduos com 18 ou mais anos de idade que possuam telefone em seus domicílios empregando questionários que abordam fatores de risco ou proteção para DCNT, incluindo padrão de alimentação e de atividade física, consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas, peso e altura recordados e referência a diagnóstico médico de hipertensão arterial, hipercolesterolemia e diabetes, entre outros. Os dados são totalizados mensalmente e as informações provenientes do survey têm sido utilizadas pelos departamentos de saúde para planejar, iniciar, apoiar e avaliar programas de promoção à saúde e prevenção de doenças (BITTENCOURT et al., 2004; MONTEIRO et al., 2005).

Um estudo realizado por Peixoto et al. (2008) na cidade de Goiânia validou o BRFSS ao utilizá-lo como referência para a criação de um sistema municipal de monitoramento de fatores de risco para doenças não transmissíveis a partir de entrevistas.

4.3.3 Questionário de Baecke Modificado para Idosos (QBMI)

Para quantificar o nível de atividade física, foi utilizado o Questionário Baecke Modificado para Idosos (QBMI), (Anexo F), validado no Brasil por Arbex (2009). O

QBMI avalia o nível de atividade física em três domínios específicos: tarefas realizadas em casa, atividades esportivas e atividades de lazer. O domínio trabalhos domésticos aborda 10 questões, as respostas variam de muito ativo a menos ativo e o escore é obtido pela média das respostas das questões. Os domínios atividade esportivas e atividades em tempo de lazer abordam o tipo, a intensidade, as horas semanais e os meses do ano no qual a atividade foi realizada. Os códigos de intensidade, horas semanais e meses do ano foram traduzidos por Corazza (2005), (Anexo G), sendo usados para classificar cada atividade de acordo com o gasto energético. A partir das respostas obtidas é possível chegar a um escore em cada atividade e somá-las para o escore final. A pontuação final igual ou acima de cinco pontos corresponde à classificação em “ativos” e abaixo de cinco à classificação como “menos ativos” para caracterizar a amostra, mas para correlacionar a variável se utiliza o escore final. Indivíduos mais ativos são os que realizam atividade vigorosa por três dias ou mais da semana, com duração de 20 minutos ou mais por sessão, e/ou realizam atividade moderada ou caminhada por cinco dias ou mais na semana, com duração de 30 minutos ou mais por sessão e/ou qualquer atividade somada por cinco dias ou mais na semana, somando 150 minutos semanais (caminhada = moderada ou vigorosa). Já os menos ativos realizam atividade física, porém insuficiente para ser classificado como ativo. Atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência (cinco dias por semana) ou quanto à duração (150 minutos semanais).

$$\text{ESCORE DA ATIVIDADE DOMÉSTICA (EAD)} = (Q1+Q2+Q3+Q4.....+Q10/10)$$

$$\text{ESCORE DA ATIVIDADE ESPORTIVA (EAE)} = \sum (IA*IB*IC)$$

$$\text{ESCORE DA ATIVIDADE LIVRE (EAL)} = \sum (IA*IB*IC)$$

$$\text{ESCORE DA ATIVIDADE FÍSICA TOTAL} = \text{EAD} + \text{EAE} + \text{EAL}$$

4.3.4 Questionário de Bulpitt e Fletcher: Qualidade de Vida do Paciente Hipertenso

Bulpitt e Fletcher (1990), ao melhorarem e serem mais precisos na avaliação da QV de indivíduos hipertensos desenvolveram um instrumento sensível à avaliação dos efeitos adversos de cada medicamento, dos déficits no desempenho do trabalho, dos problemas com a função sexual e dos efeitos deletérios da medicação sobre o humor. Abordam aspectos de bem estar físico e psicológico e da percepção do paciente em relação ao efeito do tratamento anti-hipertensivo sobre seu estilo de vida (ARBEX, 2009). Este questionário é o primeiro instrumento de QV específico para hipertensos no Brasil, que passou por todo o processo de tradução e adaptação transcultural proposto pela literatura. Dessa maneira, tendo sido comprovada sua validade no tratamento anti-hipertensivo, está apto a ser utilizado na investigação e prática clínica, (Anexo H). Admitiu-se nota zero para óbito e um como nota máxima, como pode ser visualizado no quadro abaixo (GUSMÃO; PIERIN, 2009):

Questões	Respostas	Pontuação
1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 35, 39, 42, 44, 46	<ul style="list-style-type: none"> • sim • não 	0 1
14	<ul style="list-style-type: none"> • 0 a 1 • 2 e >2 	1 0
19	<ul style="list-style-type: none"> • melhor ou mesma que a média • pior que a média 	1 0
28	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ou mais vezes por dia • 1 até 6 vezes por semana • menos que uma vez por semana 	0 0 1
31	<ul style="list-style-type: none"> • menor • o mesmo ou maior 	0 1
32 (depende da 33)	<ul style="list-style-type: none"> • sim • não e questão 33 outra razão relacionada à saúde • não e questão 33 falta de interesse ou outra razão não relacionada à saúde 	1 0 1
35	<ul style="list-style-type: none"> • sim • não 	0 1

36	<ul style="list-style-type: none"> • Emprego remunerado ou emprego não remunerado ou aposentado • Desempregado 	1 0
37	<ul style="list-style-type: none"> • Se $\geq 0 \leq 1$ • Se > 1 	1 0
3, 5, 10, 11, 19, 29, 33, 34, 38, 40, 41, 43, 45	DESCRITIVAS	

Quadro 3. Pontuação do Questionário de Bulpitt e Fletcher

As respostas do questionário, quando contabilizadas, fornecem um escore, como pode ser visualizado na fórmula abaixo.

$$\text{Escore} = \frac{\text{soma de todos os pontos} \times 100}{35}$$

As questões foram elaboradas com a possibilidade de responder *sim* ou *não*, e ainda há a opção de uma resposta em aberto. Os valores atribuídos para se calcular a nota de cada participante distribuem-se conforme as seguintes situações (GUSMÃO; PIERIN, 2009):

- **zero:** morte;
- **0,125:** confinado à cama;
- **0,375:** confinado à casa, mas não à cama;
- **0,500:** dormindo ou em repouso constante;
- **0,625:** desempregado por razões médicas;
- **0,750:** incapaz de trabalhar por período superior a três dias ou incapaz de realizar tarefas ao redor da casa;
- **0,800:** hipertensão ou seu tratamento interferindo em atividades de lazer ou sociais;
- **0,875:** nenhuma das situações descritas anteriormente, porém o paciente apresenta 30% de sintomas, conforme questões 1 a 30 do questionário;
- **0,975:** nenhuma das situações descritas anteriormente, o paciente apresenta menos que 30% de respostas positivas nas questões 1 a 30 do questionário.

· **1,000**: nenhuma das situações descritas anteriormente, sem nenhuma resposta positiva nas questões de 1 a 30.

Estes valores foram ordenados em dois grupos. O primeiro foi designado **grupo A**, para aqueles que pontuaram 1,000 ou 0,975 e **grupo B**, para aqueles que pontuaram 0,875, 0,800 e 0,625 (não houve pontuação entre 0 e 0,500 e 0,750). Assim, de forma qualitativa agrupamos para boa qualidade de vida e ruim, respectivamente.

4.3.5 Medidas de Pressão Arterial

A HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual. A medida da PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde. Os procedimentos de medida da pressão são simples e de fácil realização, contudo, nem sempre são realizados de forma adequada. Condutas que podem evitar erros são, por exemplo, o preparo apropriado do paciente, uso de técnica padronizada e equipamento calibrado. Os procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial são (VI DIRETRIZES..., 2010):

Preparo do paciente:

1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida.

2. Certificar-se de que o paciente não:

- está com a bexiga cheia
- praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos
- ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos
- fumou nos 30 minutos anteriores.

3. Posicionamento do paciente:

Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão,

dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

Para a medida propriamente:

1. Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço.
2. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.
3. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
4. Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica.
5. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.
6. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação.
7. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).
8. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.
9. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).
10. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.
11. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero.
12. Sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida, embora esse aspecto seja controverso.
13. Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente.
14. Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida.

A medida da PA pode ser realizada pelo método indireto com técnica auscultatória com uso de esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneróide devidamente calibrados, ou com técnica oscilométrica pelos aparelhos semiautomáticos digitais de braço validados e calibrados. Os aparelhos aneróides não são os de primeira escolha, pois se descalibram mais facilmente. Atualmente está havendo uma forte tendência para a substituição dos aparelhos de coluna de mercúrio por equipamentos semiautomáticos ou aneróides em razão do risco de toxicidade e contaminação ambiental pelo mercúrio, de acordo com a norma regulamentadora NR 15 (125.001-9 / I4) do Ministério do Trabalho (VI DIRETRIZES..., 2010).

O método utilizado neste estudo foi o oscilométrico, através do aparelho automático digital de braço modelo HEM-781 INT da marca OMRON Health Care, Inc, USA (figura 4), calibrado e validado por protocolos estabelecidos na literatura pela AAMI (Association for the Advancement of Medical Instrumentation) e BHS (British Hypertension Society). O aparelho HEM- 781 INT possui manguito ComFit (16 cm de largura por 32 cm de comprimento), adaptando-se em braços de tamanho mediano e grande (circunferência de 27 a 45 cm). Para braços de tamanho pequeno (20 a 26 cm de circunferência), a medida da PA foi realizada utilizando-se manguito de 10 cm de largura por 17 de comprimento.

Figura 4. Aparelho HEM-781 INT OMRON

Manguitos mais longos e largos são necessários em pacientes obesos, para não haver superestimação da PA. Em braços com circunferência superior a 50 cm, onde não há manguito disponível, pode-se fazer a medida no antebraço e o pulso auscultado deve ser o radial. Há, entretanto, restrições quanto a essa prática, recomendando-se que sejam usados manguitos apropriados (VI DIRETRIZES..., 2010):

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Recém-nascido	≤ 10	4	8
Criança	11–15	6	12
Infantil	16–22	9	18
Adulto Pequeno	20–26	10	17
Adulto	27–34	12	23
Adulto grande	35–45	16	32

Quadro 4. Dimensões da bolsa de borracha para diferentes circunferências de braço

O modelo HEM-781 INT/OMRON foi validado no Brasil por De Estefano e Martin (2010) em um estudo realizado na cidade de Botucatu com pacientes renais crônicos estágio 5 em diálise, por meio do acompanhamento domiciliar da PA.

As medidas de pressão arterial foram realizadas com cada participante do estudo durante as visitas domiciliares, após a realização da entrevista. Como recomendado na primeira avaliação, as medidas foram obtidas em ambos os membros superiores, com o paciente sentado. Em caso de diferença, utilizou-se sempre o braço com o maior valor de pressão para as medidas subsequentes. Foram realizadas três medidas, em uma única visita domiciliar, com intervalo de um minuto entre elas, sendo a média das duas últimas considerada a pressão arterial do indivíduo (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

Alterações próprias do envelhecimento determinam aspectos diferenciais na PA dessa população como, maior frequência de “hiato auscultatório”, que consiste no desaparecimento dos sons durante a deflação do manguito, geralmente entre o final da fase I e o início da fase II dos sons de Korotkoff, resultando em valores

falsamente baixos para a pressão arterial sistólica (PAS) ou falsamente altos para a pressão arterial diastólica (PAD). A “pseudo-hipertensão”, que está associada ao processo aterosclerótico, pode ser detectada pela manobra de Osler, ou seja, quando a artéria radial permanece ainda palpável, após a insuflação do manguito pelo menos 30 mmHg acima do desaparecimento do pulso radial. A maior ocorrência de efeito do avental branco, hipotensão ortostática e pós-prandial e, finalmente, a presença de arritmias, como a fibrilação atrial, podem dificultar a medida da PA nesses indivíduos (VI DIRETRIZES..., 2010).

4.3.6 Antropometria

A antropometria fornece e a técnica mais portátil, universalmente aplicável, barata e não-invasiva para avaliar o tamanho, proporções e composição do corpo humano. Ela reflete tanto a saúde e o estado nutricional e prediz saúde, desempenho e sobrevivência. Como tal, é uma ferramenta valiosa, mas atualmente subutilizada, para orientar as políticas de saúde pública e as decisões clínicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

Para a vigilância do estado nutricional é preconizado o método antropométrico. A antropometria é um método de investigação em nutrição baseado na medição das variações físicas e na composição corporal global. É aplicável em todas as fases do ciclo de vida e permite a classificação de indivíduos e grupos segundo o seu estado nutricional. Esse método tem como vantagens ser de fácil aplicação e padronização. Ademais, possibilita que os diagnósticos individuais sejam agrupados e analisados de modo a fornecer o diagnóstico de coletivo, permitindo conhecer o perfil nutricional de um determinado grupo. A antropometria, além de ser universalmente aceita, é apontada como sendo o melhor parâmetro para avaliar o estado nutricional de grupos populacionais. No plano individual ou biológico, estado nutricional é o resultado do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e o gasto energético do organismo para suprir as necessidades nutricionais. O estado nutricional pode ter três tipos de manifestação orgânica (BRASIL, 2004c):

- **Adequação Nutricional (Eutrofia):** manifestação produzida pelo equilíbrio entre o consumo em relação às necessidades nutricionais.
- **Carência Nutricional:** manifestações produzidas pela insuficiência quantitativa e/ou qualitativa do consumo de nutrientes em relação às necessidades nutricionais.
- **Distúrbio Nutricional:** manifestações produzidas pelo excesso e/ ou desequilíbrio de consumo de nutrientes em relação às necessidades nutricionais.

A antropometria é muito útil para o diagnóstico nutricional dos idosos. É um método simples e com boa predição para doenças futuras, mortalidade e incapacidade funcional, podendo ser usada como triagem inicial, tanto para diagnóstico quanto para o monitoramento de doenças. Nos procedimentos de diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional de idosos, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) utiliza como critério prioritário o sistema de classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando os pontos de corte diferentes daqueles utilizados para adultos. Essa diferença se deve às alterações fisiológicas nos idosos (BRASIL, 2004c):

- o declínio da altura é observado com o avançar da idade. Isso ocorre em decorrência da compressão vertebral, mudanças nos discos intervertebrais, perda do tônus muscular e alterações posturais;
- o peso pode diminuir com a idade, porém, com variações segundo sexo. Essa diminuição está relacionada à redução do conteúdo da água corporal e da massa muscular, sendo mais evidente no sexo masculino;
- alterações ósseas em decorrência da osteoporose;
- mudança na quantidade e distribuição do tecido adiposo subcutâneo;
- redução da massa muscular devida à sua transformação em gordura intramuscular, o que leva a alteração na elasticidade e na capacidade de compressão dos tecidos.

O peso e a estatura são considerados para a obtenção do IMC, como pode ser visualizado na fórmula abaixo:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso (kg)}}{\text{altura}^2 \text{ (m)}}$$

Índice antropométrico	Pontos de corte	Classificação do estado nutricional
IMC	$< 22 \text{ kg/m}^2$	Baixo peso
	$\geq 22 \text{ e } < 27 \text{ kg/m}^2$	Eutrófico
	$\geq 27 \text{ kg/m}^2$	Sobrepeso

Quadro 5. Classificação do estado nutricional segundo o valor do IMC do idoso

Fonte: Brasil (2008b)

O IMC não permite a avaliação da composição corporal do indivíduo, pois não é possível afirmar com exatidão que o indivíduo apresenta excesso de gordura corporal, tendo em vista que há casos em que tal valor pode ser atribuído ao excesso de massa muscular, como no caso de atletas e halterofilistas (BRASIL, 2004c).

Para avaliação de obesidade visceral, recomenda-se a medida da circunferência da cintura (CC), dado que a medida da relação cintura-quadril não se mostrou superior à medida isolada da CC na estratificação de risco (VI DIRETRIZES..., 2010). A CC permite uma avaliação aproximada da massa de gordura intra-abdominal e da gordura total do corpo. É utilizada na avaliação da distribuição de gordura em adultos, visto que algumas complicações, como as doenças metabólicas crônicas, estão associadas à deposição da gordura abdominal (WHO, 1995).

Com o envelhecimento há um maior acúmulo de gordura na região central. Valores de CC são analisados isoladamente nos idosos, sendo que os valores ou

pontos de corte (em cm) considerados como risco para doenças associadas à obesidade nesta população estão representados no quadro abaixo:

	RISCO ELEVADO	RISCO MUITO ELEVADO
MULHERES	≥ 80	≥ 88
HOMENS	≥ 94	≥ 102

Quadro 6. Valores de CC (cm) considerados como risco para doenças associadas à obesidade

Fonte: World Health Organization (1997)

No desenvolvimento do estudo, para a avaliação antropométrica dos idosos, foi utilizada uma balança portátil digital marca Plenna® com capacidade máxima de 150 Kg e sensibilidade de 100g (figura 5), encontrando-se validada e devidamente testada e calibrada para mensurar a massa corporal.

Figura 5. Balança portátil digital Plenna

Um estadiômetro portátil Caprice da marca Sanny (figura 6), com precisão de 0,1 cm e capacidade máxima de 204 cm foi utilizado para medir a estatura.

Figura 6. Estadiômetro portátil Caprice Sanny

E uma trena fibra de vidro circular com trava Sanny (figura 7), flexível e inelástica, com escala em milímetro com comprimento de 150 cm foi usada para medir a circunferência braquial (CB) e a da cintura.

Figura 7. Trena circular com trava Sanny

Estes instrumentos foram adquiridos no ano de 2010 para a realização deste estudo.

Os idosos foram pesados descalços, usando roupas leves e orientados a retirarem objetos pesados tais como chaves, cintos, óculos, telefones celulares e quaisquer outros objetos que pudessem interferir no peso total. A balança era ligada, antes de o idoso ser colocado sobre ela, esperando que a balança chegasse ao zero. Então o idoso era posicionado no centro do equipamento ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo, mantendo-se parado nessa posição. A leitura era realizada após o valor do peso estar fixado no visor. A estatura é a medida do indivíduo na posição de pé, encostado numa parede ou antropômetro vertical: o idoso era posicionado descalço e com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento; era mantido ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos; os calcanhares encostados, ombros e nádegas em contato com o antropômetro; os ossos internos dos calcanhares se tocavam, bem como a parte interna de ambos os joelhos; os pés eram unidos, fazendo um ângulo reto com as pernas; a parte móvel do equipamento era baixada, fixada contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo; o idoso era retirado e então era realizada a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento (BRASIL, 2004c).

O local da aferição foi determinado no ponto médio do braço, localizado entre o processo acromial e o olécrano. O idoso, com o braço estendido ao longo do corpo, com a palma da mão voltada para frente, teve sua CB medida sem sofrer compressão dos tecidos pela trena. A CB medida foi a do braço direito. Para a medida da CC, a examinadora ficou de frente para o idoso e colocou a fita métrica horizontalmente ao redor da cintura natural ou na menor curvatura localizada entre as costelas e a crista ilíaca (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

4.4 LEVANTAMENTO DOS DADOS

O levantamento dos dados foi realizado por meio de entrevista nos domicílios dos idosos, em uma única visita não agendada no período vespertino, pela própria pesquisadora, com perguntas semiestruturadas e baseadas nas variáveis citadas nos questionários. A duração de cada entrevista foi, em média, de 60 minutos. Esta

visita teve o objetivo de conhecer a dinâmica familiar dos idosos e o intuito de estimular a participação da família, altamente relevante na aquisição de hábitos e mudanças no estilo de vida, bem como a ajuda, no seguimento da proposta medicamentosa. O vínculo dos idosos com o serviço de saúde também foi estimulado, já que a microárea onde residem (microárea 1) foi incorporada à ESF 2 no final do ano de 2009. A localização dos idosos foi facilitada por meio da utilização da lista anual da campanha de vacinação contra Influenza, utilizada pelas equipes volantes para vacinarem os idosos do município em seus domicílios.

Os dados foram organizados e analisados de acordo com as informações obtidas.

4.5 QUESTÕES ÉTICAS

Os idosos elegíveis foram convidados a participar do estudo de forma voluntária e receberam informações sobre o objetivo da pesquisa e os procedimentos básicos. Todos os idosos convidados se dispuseram a participar e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), conforme as normas da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, preconizadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP) (Anexo B). Aos participantes foi garantido o acesso aos resultados da pesquisa e sigilo sobre os mesmos, estando cientes da possibilidade de publicações dos resultados obtidos, com sigilos de nomes, sobrenomes ou qualquer outro dado que possa identificá-los. Os idosos classificados como hipertensos e que não se encontravam em tratamento médico foram orientados a procurar o serviço de saúde, como também os já diagnosticados com presença de HA que apresentaram níveis pressóricos acima dos valores estabelecidos como normais.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

As características dos indivíduos identificados como não hipertensos foram comparadas com as dos indivíduos classificados como hipertensos, que conheciam ou que desconheciam sua condição. Também foi analisada a porcentagem dos hipertensos que não estavam realizando tratamento tanto medicamentoso como não medicamentoso para hipertensão arterial.

Foram considerados hipertensos aqueles que apresentaram pressão sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão diastólica ≥ 90 mmHg e/ou relataram o uso de medicamentos para hipertensão continuamente (VI DIRETRIZES..., 2010).

A OMS recomenda a ingestão diária de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças, o que seria equivalente, aproximadamente, ao consumo diário de cinco porções desses alimentos. A quantidade de porções de frutas e hortaliças consumidas habitualmente pelos indivíduos, a partir de questões sobre a quantidade de frutas ou sucos de frutas consumidas por dia e sobre o hábito de consumir hortaliças cruas (na forma de saladas) ou cozidas no almoço e no jantar, foi perguntada apenas para indivíduos que informaram consumir frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana. O cômputo do total diário de porções foi feito considerando-se cada fruta ou cada suco de fruta como equivalente a uma porção. No caso de hortaliças, computou-se como uma porção o hábito de consumir hortaliças cruas no almoço ou no jantar e hortaliças cozidas também no almoço ou no jantar. Foi considerado consumo recomendado de frutas e hortaliças o consumo cinco ou mais vezes por dia, como proxy do consumo recomendado de cinco porções diárias, devido as dificuldades em se transmitir aos entrevistados o conceito de porções de frutas, legumes e verduras. O consumo inferior a cinco ou mais vezes por dia foi considerado consumo de risco (BRASIL, 2010b).

Foi considerado uso de risco de bebidas alcoólicas o consumo de mais do que duas doses (homem) ou uma dose (mulher) em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. Uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja (350 ml), uma taca de vinho (150 ml) ou uma dose de cachaça, uísque ou qualquer outra bebida alcoólica destilada (50 ml) (VI DIRETRIZES..., 2010).

Os dados quantitativos (idade, medidas de pressão arterial, medidas de peso, altura, IMC, CC e CB) foram registrados em um banco de dados, aplicando-se testes paramétricos para as variáveis contínuas e não paramétricos no caso de variáveis ordinais e categóricas. Para as outras informações (demográficas, socioeconômicas e de saúde) foi utilizada a estatística descritiva. As variáveis foram analisadas pelo Teste Exato de Fisher, considerando significativo $p < 0,05$. O registro dos dados foi realizado no programa Excel® e a análise estatística através do Programa Estatístico STATA (Data Analysis and Statistical Software) versão 10.0.

5 RESULTADOS

Entre os 82 idosos participantes da pesquisa, 37 (45,12%) pertenciam ao grupo etário 60-69 anos, 33 (40,25%) ao grupo etário 70-79 anos e 12 (14,63%) ao grupo dos com 80 anos e mais de idade. A proporção de mulheres (58,54%) foi maior do que a de homens (41,46%) como pode ser observado na figura 8. Na amostra prevaleceu a cor branca (84,14%), seguida da cor parda (10,98%) e da cor negra (4,88%).

Figura 8. Divisão da casuística em relação ao gênero

Figura 9. Divisão da casuística em relação ao grupo etário e ao gênero

Em relação à escolaridade, 20 idosos (24,39%) não eram alfabetizados (nenhum ano de estudo). Os que estudaram de 1 a 3 anos foram 29 (35,37%) e os que estudaram 4 ou mais anos foram 33 idosos (40,24%) (figura 10). A média de escolaridade foi de 3,01 anos de estudo.

Figura 10. Resultados referentes ao grau de escolaridade

Figura 11. Resultados da relação entre o grau de escolaridade e o gênero

A média de escolaridade ficou situada em 3,17 anos de estudo para sexo masculino e em 2,89 anos para sexo feminino.

A maioria dos idosos era casada (58,54%), seguidos de 29,27% de viúvos. Na amostra, 82,93% não viviam sós. Destes, 70,58 % viviam com o cônjuge, 14,71% viviam com o filho (a), 7,35% viviam com um familiar, 4,42% viviam com o neto (a) e 2,94% viviam com um não familiar.

Entre os idosos, 68 (82,93%) eram aposentados, 13 (15,85%) estavam empregados e 1 (1,22%) estava desempregado. Em relação à classe socioeconômica, 54,88% dos idosos estavam na classe “D”, seguidos de 31,71% na classe “E”, o que caracteriza uma amostra composta, em sua maioria, por idosos de baixa renda.

De acordo com a classificação do IMC no idoso, 46,34% apresentavam sobrepeso, 35,37% apresentavam eutrofia e 19,29% baixo peso. Entre as idosas, a prevalência de sobrepeso foi de 60,41%, enquanto nos homens idosos foi de 26,47%. A média do IMC nos idosos foi 26,97 Kg/m², ou seja, estado nutricional eutrófico, como também a média para homens (24,85 Kg/m²). Já para mulheres, a média foi de 28,46 Kg/m², ou seja, sobrepeso. Apenas 12,19% dos idosos afirmaram ter tentado perder peso no último ano.

Em relação ao risco para doenças cardiovasculares, a medida da CC classificou 58,54% dos idosos com risco muito elevado e 21,95% com risco elevado. A obesidade central ou abdominal foi mais prevalente nas idosas, com 75,00% delas apresentando risco muito elevado para eventos cardiovasculares, enquanto nos homens idosos a porcentagem foi de 35,29%. Entre os 29 hipertensos que faziam uso de anti-hipertensivo e apresentaram PA elevada, 21 (77,80%) deles apresentaram risco muito elevado para doenças cardiovasculares, conforme pode ser observado na tabela 1.

Hipertensão e uso de anti-hipertensivos	Classificação da circunferência da cintura			Total
	Sem risco	Risco elevado	Risco muito elevado	
Normotensos	7 43,75%	6 33,33%	7 14,58%	20 24,39%
Hipertensos com pressão arterial controlada com anti-hipertensivos	5 31,25%	3 16,67%	19 39,58%	27 32,93%
Hipertensos com pressão arterial elevada sem anti-hipertensivos	1 6,25%	4 22,22%	1 2,08%	6 7,32%
Hipertensos com pressão arterial elevada com anti-hipertensivos	3 18,75%	5 27,78%	21 43,75%	29 35,37%
Total	16 100%	18 100%	48 100%	82 100%

Tabela 1. Hipertensão segundo classificação da circunferência da cintura

Teste exato de Fisher = 0,011

Para avaliar o padrão de consumo alimentar de risco, foram utilizadas informações sobre a frequência diária do consumo de frutas e/ou hortaliças. Considerou-se risco quando o entrevistado informou que a ingestão desses alimentos era inferior a cinco porções ao dia. Dos entrevistados, 8,53% apresentaram consumo recomendado, enquanto 91,47% apresentaram consumo de risco.

Entre os idosos com hipertensão, 82,25% afirmaram estar reduzindo o uso de sal na alimentação.

Em relação ao consumo de álcool, 79,27% referiram não ter feito uso nos últimos 30 dias. Entre os que consumiram álcool (20,73%), 5 idosos (29,41%) apresentaram ingestão de risco. As mulheres que não ingeriam álcool eram a

maioria (95,84%). Entre os homens, 55,88% não ingeriam, 32,35% tinham consumo de baixo risco, enquanto 11,77% faziam ingestão de risco.

Na avaliação do tabagismo, os indivíduos foram classificados em três categorias: fumantes (fumaram pelo menos cem cigarros na vida e fumavam atualmente), ex-fumantes (fumaram pelo menos cem cigarros na vida, mas não fumavam atualmente) e não fumantes.

Entre os idosos, 62,20% afirmaram não ter fumado 100 cigarros na vida. Dos 31 (37,80%) que fumaram, apenas 8 deles (35,80%) ainda fumam atualmente todos os dias. Dos idosos que pararam de fumar (23), 100,00% deles interromperam o hábito há mais de 10 anos.

A proporção de idosos nas 3 categorias ficou assim estabelecida: 9,75% de fumantes, 28,05% de ex-fumantes e 62,20% de não fumantes. O número de fumantes e ex-fumantes foi mais elevado nos homens (67,64%) do que nas mulheres (18,75%). A maior parte das mulheres (81,25%) nunca fumou 100 cigarros na vida (não fumantes), enquanto apenas 32,35% dos homens nunca tiveram o hábito de fumar.

Na tabela 2 pode ser observado que dos 27 hipertensos que faziam uso de anti-hipertensivo e apresentaram PA controlada, 20 (74,07%) deles eram não fumantes, 5 (18,52%) eram ex-fumantes e apenas 2 (7,41%) fumavam atualmente.

Hipertensão e uso de anti-hipertensivos	Tabagismo			Total
	Ex Fumante	Fumante	Não Fumante	
Normotensos	6 25,00%	4 50,00%	10 20,00%	20 24,39%
Hipertensos com pressão arterial controlada com anti-hipertensivos	5 20,83%	2 25,00%	20 40,00%	27 32,93%
Hipertensos com pressão arterial elevada sem anti-hipertensivos	2 8,33%	1 12,50%	3 6,00%	6 7,32%
Hipertensos com pressão arterial elevada com anti-hipertensivos	11 45,83%	1 12,50%	17 34,00%	29 35,37%
Total	24 100%	8 100%	50 100%	82 100%

Tabela 2. Hipertensão segundo hábito de fumar

Teste exato de Fisher = 0,274

Entre os entrevistados, 3 (3,65%) acreditam que sua saúde é excelente, 9 (10,97%) acreditam ser muito boa, 36 (43,91%) pensam ter boa saúde, 32 (39,03%) saúde razoável e apenas 2 (2,44%) avaliam sua saúde como ruim, na percepção de seu estado de saúde. A maior parte dos idosos não referiu saúde física ruim (79,27%), assim como saúde mental ruim (89,02%) nos últimos 30 dias. Dos que referiram, apenas 3 apresentaram condição funcional que pudesse interferir em suas atividades diárias usuais, como autocuidado, trabalho e recreação.

Apenas 8 indivíduos (9,75%) não realizaram exame de glicemia em jejum nos últimos 3 anos; dos 74 idosos que fizeram, 8 (10,81%) deles apresentaram pré-diabetes. E apenas 3 não realizaram exame de colesterol nos últimos 5 anos, sendo que, entre os 79 idosos que fizeram, 27 (32,92%) apresentaram alto nível de colesterol no sangue. Apresentavam hipercolesterolemia 66,70% dos idosos que referiram diabetes e 14,51% dos idosos com hipertensão.

As comorbidades com maior frequência foram Diabetes (18,29%), Angina (6,10%) e AVE (4,88%) (figura 12).

Figura 12. Comorbidades nos idosos

A tabela 3 nos mostra que, entre os 5 idosos com angina da amostra, 4 (80,0%) deles eram idosos hipertensos em uso de anti-hipertensivo que não apresentaram bons níveis pressóricos.

Hipertensão e uso de anti-hipertensivos	Angina		Total
	Não	Sim	
Normotensos	20 25,97%	0 00,00%	20 24,39%
Hipertensos com pressão arterial controlada com anti-hipertensivos	26 33,77%	1 20,00%	27 32,93%
Hipertensos com pressão arterial elevada sem anti-hipertensivos	6 7,79%	0 00,00%	6 7,32%
Hipertensos com pressão arterial elevada com anti-hipertensivos	25 32,47%	4 80,00%	29 35,37%
Total	77 100%	5 100%	82 100%

Tabela 3. Hipertensão segundo Angina

Teste exato de Fisher = 0,308

E na tabela 4, entre os 4 idosos que sofreram AVE, todos eles (100,00%) eram idosos hipertensos em uso de anti-hipertensivo que não apresentaram bons níveis pressóricos.

Hipertensão e uso de anti-hipertensivos	Acidente Vascular Encefálico		Total
	Não	Sim	
Normotensos	20 25,64%	0 00,00%	20 24,39%
Hipertensos com pressão arterial controlada com anti-hipertensivos	27 34,62%	0 00,00%	27 32,93%
Hipertensos com pressão arterial elevada sem anti-hipertensivos	6 7,69%	0 00,00%	6 7,32%
Hipertensos com pressão arterial elevada com anti-hipertensivos	25 32,05%	4 100,00%	29 35,37%
Total	78 100%	4 100%	82 100%

Tabela 4. Hipertensão segundo Acidente Vascular Encefálico

Teste exato de Fisher = 0,078

Afirmaram ter pressão alta 57 idosos (69,51%). Entre os idosos com hipertensão, apenas 1 (1,75%) informou não estar fazendo uso de medicamentos

anti-hipertensivos. Ao se avaliar o controle da PA, observou-se que 50 indivíduos (87,71%) responderam positivamente quando perguntados se a PA estava controlada.

Dos 56 idosos em tratamento medicamentoso, 49 deles (87,50%) iniciaram o tratamento há mais de três anos.

Após a aferição da PA dos idosos da amostra, este quadro mudou de figura: 5 idosos (6,09%) estavam com a PA elevada e desconheciam a sua condição de hipertenso, portanto não estavam em tratamento (figura 13).

Figura 13. HAS entre os idosos

Então a real prevalência da HAS entre os idosos estudados foi de 75,60%, com prevalência de 77,08% entre as mulheres e 73,53% entre os homens.

Entre os 56 idosos que faziam uso de medicação anti-hipertensiva, 29 (51,78%) se encontravam com a PA elevada, contra 27 (48,22%) que tinham a PA sob controle (figura 14).

Figura 14. Situação da PA entre idosos que utilizam anti-hipertensivo

Em relação à variável gênero, as mulheres, em comparação aos homens, apresentaram maior probabilidade de estar em tratamento e de ter a sua PA melhor controlada, pois, entre os 27 hipertensos em uso de anti-hipertensivo que apresentaram níveis pressóricos adequados, 20 (74,07%) eram do gênero feminino.

No geral da amostra, as mulheres com PA controlada também foram a maioria: de 24 indivíduos que apresentaram PAS < 130 mmHg e PAD < 85 mmHg, 16 (66,70%) eram mulheres; enquanto que dos 15 que apresentaram PAS < 120 mmHg e PAD < 80 mmHg, 12 (80,00%) eram mulheres, o que permite considerar a maior probabilidade das mulheres também terem estilos mais saudáveis de vida em relação aos homens. A PAS média foi de 133 mmHg, enquanto a PAD média foi de 83 mmHg no total da amostra. Nos homens, tanto a PAS média (137 mmHg) como a PAD média (85 mmHg) foram maiores do que as médias de PAS e PAD das mulheres, 130 mmHg e 81 mmHg, respectivamente (figuras 15 e 16).

Figura 15. PAS entre os idosos

Figura 16. PAD entre os idosos

Pode-se observar na tabela 5 que, entre os 27 hipertensos em uso de anti-hipertensivo que apresentaram PA controlada, 15 (55,60%) apresentaram PAS < 130 mmHg e PAD < 85 mmHg e 8 (29,62%) apresentaram PAS < 120 mmHg e PAD < 80 mmHg. Já entre os 29 hipertensos em uso de anti-hipertensivo que se encontravam com a PA elevada, 14 (48,27%) apresentaram PAS entre 140 a 159 mmHg e PAD entre 90 a 99 mmHg, 8 (27,58%) PAS entre 160 a 179 mmHg e PAD entre 100 a 109 mmHg, 1 (3,44%) PAS ≥ 180 mmHg e PAD ≥ 110 mmHg e 6 idosos (20,68%) apresentaram HSI, ou seja, PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg.

Hipertensão e uso de anti-hipertensivos	Classificação da pressão arterial (mmHg)							Total
	≥140 <90	>180 >110	160-179 100-109	140-159 90-99	130-139 85-89	<130 <85	<120 <80	
Normotenso	0 00,00%	0 00,00%	0 00,00%	0 00,00%	4 50,00%	9 37,50%	7 46,67%	20 24,39%
Hipertensos com pressão arterial controlada com anti-hipertensivos	0 00,00%	0 00,00%	0 00,00%	0 00,00%	4 50,00%	15 62,50%	8 53,33%	27 32,93%
Hipertensos com pressão arterial elevada sem anti-hipertensivos	2 25,00%	1 50,00%	1 11,11%	2 12,50%	0 00,00%	0 00,00%	0 00,00%	6 7,32%
Hipertensos com pressão arterial elevada com anti-hipertensivos	6 75,00%	1 50,00%	8 88,89%	14 87,50%	0 00,00%	0 00,00%	0 00,00%	29 35,37%
Total	8 100%	2 100%	9 100%	16 100%	8 100%	24 100%	15 100%	82 100%

Tabela 5. Hipertensão segundo classificação da pressão arterial

Teste exato de Fisher < 0,001

A HSI foi mais prevalente em idosos com 80 anos ou mais (50,00%), mas entre todos os idosos com hipertensão apresentou menor prevalência (12,90%).

Em relação à cor/etnia, a branca apresentou maior porcentagem em indivíduos hipertensos (87,09%), diferindo de alguns trabalhos que apresentaram a raça negra como a mais atingida. Este dado justifica-se pela pequena parcela representativa da raça negra entre os participantes do estudo, com apenas 4 indivíduos. Entre eles, apenas 1 apresentou HAS. Já entre os 9 idosos da raça parda, apenas 3 apresentaram HAS.

Grande parte dos idosos deste estudo é de baixa renda, pois 86,59% deles pertencem às classes D e E. Em relação à escolaridade, 61,29% dos idosos com hipertensão tinham até 3 anos de estudo, enquanto 38,71% dos hipertensos tinham 4 anos ou mais de escolaridade.

No geral da amostra, 36 idosos (43,90%) confirmaram história familiar de doenças cardiovasculares, enquanto que, entre os idosos com hipertensão, 24,19% destes confirmaram.

Os medicamentos para hipertensão arterial utilizados foram: IECA (49,09%), diuréticos (47,27%), inibidores adrenérgicos (36,36%), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II (20,00%) e bloqueadores dos canais de cálcio (18,18%). Do total da amostra, 29 (52,72%) hipertensos tomavam mais de uma medicação anti-hipertensiva (figura 17).

Figura 17. Resultados referentes aos medicamentos anti-hipertensivos utilizados

Em relação a outros tipos de medicamentos em uso nos últimos 3 meses, 13 (15,85%) idosos afirmaram não utilizar nenhum medicamento; 35 (42,68%) fazem uso de 1 a 2; 20 (24,39%) usam de 3 a 4; e 14 (17,08%) fazem uso de 5 ou mais medicamentos.

Na análise do uso dos serviços de saúde, 7 (8,53%) entrevistados disseram não ter comparecido a nenhuma consulta médica nos últimos 12 meses, 37 (45,13%) foram de 1 a 3 consultas e 38 (46,34%) compareceram em 4 ou mais consultas médicas.

De acordo com as informações obtidas sobre o número de internações hospitalares nos últimos 12 meses, 67 (81,71%) idosos não foram internados nenhuma vez no período, 12 (14,64%) foram internados apenas 1 vez e 3 (3,65%) internaram 2 ou mais vezes no serviço. Quase todos os idosos (97,56%) aferiram a última medida da PA há menos de 1 ano.

Grande parte da amostra não possui plano privado de saúde (73,17%). Entre os 20 idosos que não tinham hipertensão arterial, 19 (95,50%) não possuíam plano privado de saúde. Já entre os 29 hipertensos em uso de anti-hipertensivo que se

encontravam com a PA elevada, 20 (68,96%) não possuíam plano privado de saúde, de acordo com os dados apresentados na tabela 6.

Hipertensão e uso de anti-hipertensivos	Plano privado de saúde		Total
	Não	Sim	
Normotensos	19 31,67%	1 4,55%	20 24,39%
Hipertensos com pressão arterial controlada com anti-hipertensivos	16 26,67%	11 50,00%	27 32,93%
Hipertensos com pressão arterial elevada sem anti-hipertensivos	5 8,33%	1 4,55%	6 7,32%
Hipertensos com pressão arterial elevada com anti-hipertensivos	20 33,33%	9 40,91%	29 35,37%
Total	60 100%	22 100%	82 100%

Tabela 6. Hipertensão segundo plano privado de saúde

Teste exato de Fisher = 0,030

Na abordagem da atividade física, 59,76% dos idosos eram menos ativos, e 40,24% eram ativos. A média do nível de atividade física da amostra ficou por volta de 5 pontos, ou seja, ativos, sendo discretamente superior a pontuação na população masculina (6,89) em relação a pontuação feminina (5,34).

A baixa adesão à prática de atividade física mostrou associação positiva com o gênero feminino, pois entre as 48 mulheres participantes do estudo, 32 (66,70%) eram menos ativas, o que corresponde ao dobro das idosas classificadas como ativas.

Entre os idosos que se encontravam com a PA elevada, quase metade deles (45,71%) eram ativos, sendo em menor proporção (36,17%) os idosos ativos que tinham boa PA.

Quando se classificou a QV, entre os idosos hipertensos que fazem uso de medicação anti-hipertensiva, observou-se que 71,43% apresentavam menos que 30% de efeitos colaterais, 19,64% tinham seu tratamento interferindo em atividades de lazer ou sociais, 5,35% apresentavam mais que 30% de efeitos colaterais e 1,78% estavam desempregados, afastados por motivo de doença.

Na divisão da QV em grupos (A e B), observou-se que 71,43% da amostra estavam no grupo A, com boa QV, apresentando pior QV apenas 28,57% dos hipertensos (grupo B).

Entre os 40 (71,43%) hipertensos com boa QV, 34 (85,00%) deles não referiram saúde física ruim nos últimos 30 dias (tabela 7). Enquanto 36 (90,00%) não referiram saúde mental ruim nos últimos 30 dias (tabela 8).

Classificação da qualidade de vida	Saúde física ruim (em dias)					Total
	0	1	2	15	30	
0,625 a 0,875	10 22,73%	2 40,00%	2 50,00%	2 100,00%	0 00,00%	16 28,57%
0,975 a 1,000	34 77,27%	3 60,00%	2 50,00%	0 00,00%	1 100,00%	40 71,43%
Total	44 100%	5 100%	4 100%	2 100%	1 100%	56 100%

Tabela 7. Qualidade de vida do idoso hipertenso segundo saúde física ruim nos últimos 30 dias

Teste exato de Fisher = 0,075

Classificação da qualidade de vida	Saúde mental ruim (em dias)						Total
	0	1	10	15	20	30	
0,625 a 0,875	12 25,00%	0 00,00%	0 00,00%	3 100,00%	1 100,00%	0 00,00%	16 28,57%
0,975 a 1,000	36 75,00%	2 100,00%	1 100,00%	0 00,00%	0 00,00%	1 100,00%	40 71,43%
Total	48 100%	2 100%	1 100%	3 100%	1 100%	1 100%	56 100%

Tabela 8. Qualidade de vida do idoso hipertenso segundo saúde mental ruim nos últimos 30 dias

Teste exato de Fisher = 0,03

Na tabela 9, em relação ao consumo de álcool, pode ser observado que todos os 16 hipertensos que apresentaram pior QV (100,00%) não referiram uso de álcool nos últimos 30 dias.

Classificação da qualidade de vida	Alcoolismo		Total
	Não	Sim	
0,625 a 0,875	16 35,56%	0 00,00%	16 28,57%
0,975 a 1,000	29 64,44%	11 100,00%	40 71,43%
Total	45 100%	11 100%	56 100%

Tabela 9. Qualidade de vida do idoso com hipertensão segundo alcoolismo nos últimos 30 dias

Teste exato de Fisher = 0,023

Quanto ao tabagismo, 15 (93,75%) dos 16 hipertensos com pior QV afirmaram ser não fumantes, como pode ser visualizado na tabela 10.

Classificação da qualidade de vida	Fumou 100 cigarros		Total
	Não	Sim	
0,625 a 0,875	15 40,54%	1 5,26%	16 28,57%
0,975 a 1,000	22 59,46%	18 94,74%	40 71,43%
Total	37 100%	19 100%	56 100%

Tabela 10. Qualidade de vida do idoso com hipertensão segundo tabagismo (pelo menos 100 cigarros)

Teste exato de Fisher = 0,005

Entre os 26 hipertensos em tratamento que apresentaram PA controlada, 18 (69,23%) deles estavam no grupo A, enquanto 8 (30,77%) eram do grupo B (tabela 11).

Hipertensão e uso de anti-hipertensivo	Classificação da qualidade de vida		Total
	0,625 a 0,875	0,975 a 1	
Hipertensos com pressão arterial controlada com anti-hipertensivo	8 50,00%	18 45,00%	26 46,43%
Hipertensos com pressão arterial elevada sem anti-hipertensivo	1 6,25%	0 00,00%	1 1,78%
Hipertensos com pressão arterial elevada com anti-hipertensivo	7 43,75%	22 55,00%	29 51,79%
Total	16 100%	40 100%	56 100%

Tabela 11. Hipertensão segundo qualidade de vida do idoso com hipertensão

Teste exato de Fisher = 0,325

Houve associação significativa entre o número de medicamentos em uso nos últimos 3 meses (exceto anti-hipertensivos) e a QV dos idosos com hipertensão em tratamento medicamentoso. Como pode ser analisado na tabela 12, 65,00% dos idosos com boa QV (26) tomam menor número de medicamentos (0 a 1-2) e 81,25% dos idosos com pior QV (13) fazem uso de maior número de medicamentos (3-4 a 5ou+).

Nº de medicamentos em uso	Classificação da qualidade de vida		Total
	0,625 a 0,875	0,975 a 1	
0	1 6,25%	7 17,50%	8 14,29%
1 - 2	2 12,50%	19 47,50%	21 37,50%
3 - 4	7 43,75%	8 20,00%	15 26,79%
5 ou +	6 37,50%	6 15,00%	12 21,43%
Total	16 100%	40 100%	56 100%

Tabela 12. Número de medicamentos em uso nos últimos 3 meses segundo qualidade de vida do idoso com hipertensão

Teste exato de Fisher = 0,018

5 DISCUSSÃO

A HAS é uma doença de elevada prevalência no Brasil e no mundo todo, em adultos e, mais acentuadamente, em idosos, contribuindo significativamente para a elevada morbidade e mortalidade cardiovasculares nesta população em especial.

O estilo de vida pouco saudável, muito presente na atualidade, torna os indivíduos vulneráveis aos fatores de risco para este grupo de doença, propiciando o surgimento, o descontrole e o agravamento das DCNT, piorando a situação na presença de comorbidades.

Adequada abordagem terapêutica torna-se essencial, por meio da ação conjunta entre equipe multiprofissional e interdisciplinar, a participação da comunidade e políticas de saúde que priorizem a promoção de estilos de vida saudáveis, contribuindo para a não ocorrência e o controle da HAS.

Neste estudo, foi elevada a proporção de mulheres idosas (58,53%). Segundo Salgado (2002), uma população envelhece quando se registra um aumento considerável da proporção de pessoas classificadas como de idade avançada no total dessa população. Uma proporção de 10% ou mais da população indica a presença de uma estrutura velha, em relação à idade. No mundo, em geral, existe uma proporção maior de mulheres idosas do que de homens, quando se considera a população total de cada sexo. Existe um excedente, portanto, de mulheres idosas em relação aos homens em idade avançada. Como resultado de uma desigualdade de gênero na expectativa de vida, existe essa proporção maior de mulheres do que de homens nesse grupo populacional. As mulheres vivem, em média, sete anos mais do que os homens.

Em relação à faixa etária, os idosos da amostra estão assim distribuídos: 45,12% pertenciam ao grupo etário 60-69 anos, 40,24% ao grupo etário 70-79 anos e 14,63% ao grupo dos com 80 anos e mais de idade. No Brasil, além do envelhecimento da população total, a proporção da população “mais idosa”, de 80 anos e mais, está aumentando também, alterando a composição etária no próprio grupo, ou seja, a população idosa também envelheceu. A sua participação na população brasileira passou de 0,90% para 1,60%, entre 1992 e 2009. Embora o

percentual seja baixo, fala-se de 2,9 milhões de pessoas com 80 anos e mais. Isto leva a uma heterogeneidade do segmento idoso, pois este passa a incluir pessoas de 60 anos a mais de 100 anos de idade. Em termos de políticas públicas, pode-se esperar um aumento na demanda por cuidados de longa duração e por serviços de saúde, além de requerer pagamentos de benefícios previdenciários e assistenciais por um período de tempo mais longo (IBGE, 2010).

Entre os idosos deste estudo, 24,39% não foram alfabetizados e 35,37% tinham de 1 a 3 anos de escolaridade. A média de escolaridade foi de 3,01 anos de estudo. Em estudo realizado no município de Botucatu (SP), Campos et al. (2009) constataram que, praticamente, 20% dos idosos entrevistados não frequentaram escola, e cerca de 50% possuíam apenas até o 1º grau completo. A baixa escolaridade dos idosos reflete a desigualdade social e as políticas de educação predominantes nas décadas de 1930 e 1940, quando o acesso à escola ainda era muito restrito. O nível educacional é reconhecido, não apenas como uma expressão das diferenças de acesso à informação e das perspectivas e possibilidades de se beneficiar com novos conhecimentos, mas tem grande importância como determinante de saúde (IBGE, 2008). O levantamento do IPEA "Evolução do analfabetismo e do analfabetismo funcional no Brasil", com base nos dados da PNAD 2009, mostrou que o aumento de 490 mil analfabetos idosos se deve a pouca inserção nos programas de alfabetização de adultos, de baixa efetividade. O número de idosos analfabetos aumentou 12% de 2004 a 2009. O Brasil ocupa a oitava posição em número absoluto de analfabetos, com cerca de 14 milhões de pessoas. O país cai para a 10ª colocação quanto à taxa de analfabetismo, atualmente na ordem de 10%. O analfabetismo funcional é operacionalmente definido como nível de escolaridade inferior a quatro anos. O Brasil registrou queda de 1,5 milhões de analfabetos funcionais de 2004 a 2009, segundo o estudo, tendo o Sudeste o menor índice, com 9,60% de analfabetos funcionais.

Além do baixo nível de escolaridade, a maioria dos participantes também apresentou baixa classificação socioeconômica, com 54,88% dos idosos na classe D e 31,71% na classe E. Na idade escolar dos idosos, o trabalho era priorizado em detrimento da educação. Além disso, não havia exigência de uma boa escolaridade para se conseguir um bom emprego e uma maior renda. Essa realidade hoje está bastante modificada devido à competitividade no mercado de trabalho e à exigência

por profissionais cada vez mais capacitados (FERREIRA, 2010). Costa et al. (2001) investigaram fatores socioeconômicos, comportamentais e nutricionais para hipertensão na cidade de Pelotas (RS), em um estudo transversal realizado em 2000. Comparadas com uma renda maior que 10 salários mínimos, todas as outras faixas salariais mostraram prevalência duas vezes maior de hipertensão, não tendo sido encontrada associação com escolaridade (BRASIL, 2008a).

Grande parte dos idosos deste estudo (82,93%) estava aposentada, sendo que apenas 15,85% deles tinham emprego remunerado. Segundo dados da PNAD 2009, os benefícios da seguridade social - previdência urbana e rural, assistência social e as pensões por morte - cobriam aproximadamente 77% da população idosa, ou seja, aproximadamente 16,6 milhões de idosos, enquanto 29,30% de idosos com mais de 60 anos estavam no mercado de trabalho. Já nas famílias em que o idoso era chefe ou cônjuge com filhos adultos, os idosos contribuíam com 54,80% da renda familiar. Ou seja, os idosos brasileiros de hoje estão invertendo a tradicional relação de dependência apontada pela literatura. A grande maioria tem assumido o papel de provedor, mesmo dependendo de cuidados (IBGE, 2010).

A obesidade é uma doença crônica, que envolve fatores sociais, comportamentais, ambientais, culturais, psicológicos, metabólicos e genéticos. Caracteriza-se pelo acúmulo de gordura corporal resultante do desequilíbrio energético prolongado, que pode ser causado pelo excesso de consumo de calorias e/ou inatividade física. Apesar de não representar a composição corporal, o IMC vem sendo utilizado como uma medida aproximada de gordura total, visto que é altamente correlacionado com a gordura corporal. Entre as limitações do uso do IMC está o fato de que este indicador pode superestimar a gordura em pessoas muito musculosas e subestimar gordura corporal de pessoas que perderam massa muscular, como no caso de idosos. O sobrepeso e a obesidade contribuem de forma importante para a carga de doenças crônicas e incapacidades. As consequências para a saúde associadas a estes fatores vão desde condições debilitantes que afetam a qualidade de vida, tais como a osteoartrite, dificuldades respiratórias, problemas músculo-esqueléticos, problemas de pele e infertilidade, até condições graves como doença coronariana, diabetes tipo 2 e certos tipos de câncer (BRASIL, 2004b).

No que se refere à prevalência de excesso de peso, o resultado encontrado neste estudo foi elevado (46,34%). Enquanto 35,37% eram eutróficos e 19,29% eram baixo peso. Entre as idosas, a prevalência de sobrepeso foi de 60,41%, enquanto nos homens idosos foi de 26,47%. Esta observação concorda com aquelas assinaladas em outros estudos, que indicam prevalências de obesidade que variam entre 40% e 60%.

Em estudo realizado na cidade de Pelotas (RS), dos 273 idosos estudados, verificou-se que 52,30% dos idosos apresentavam excesso de peso, 38,10% peso adequado e 9,60% baixo peso. A alta prevalência de sobrepeso reforça a necessidade de desenvolver ações preventivas e de orientações nutricionais na atenção básica de saúde (BORBA; MUNIZ, 2011). Estudo realizado por Aurichio, Rebelatto e Castro (2010) na cidade de São Carlos (SP) com 399 idosos concluiu que as mulheres idosas, quando comparadas aos homens idosos, apresentam maior prevalência de obesidade.

No conjunto da população adulta de 27 cidades brasileiras, a frequência do excesso de peso foi de 46,60%, sendo maior entre homens (51,00%) do que entre mulheres (42,30%). Em ambos os sexos, a frequência dessa condição tende a aumentar com a idade. O aumento é particularmente notável entre as faixas etárias 18-24 e 35-44 anos para os homens e entre as faixas etárias 18-24 e 45-54 anos para as mulheres, quando a frequência do excesso de peso é quase duplicada. Já a frequência de adultos obesos foi de 13,90%. No sexo masculino, a frequência da obesidade quase triplica dos 18-24 aos 55-64 anos de idade, declinando intensamente entre aqueles com 65 ou mais anos de idade. Entre mulheres, a frequência da obesidade mais do que triplica entre 18-24 e 55-64 anos, declinando apenas ligeiramente entre aquelas com 65 ou mais anos de idade (BRASIL, 2010b).

No presente estudo, 54,38% dos idosos com hipertensão apresentavam sobrepeso. De acordo com Cabrera e Jacob Filho (2001), existe uma associação significativa entre IMC e PA principalmente após os 70 anos, pois a obesidade leva a distúrbios das condições de saúde do organismo, aumentando o risco de doenças de grande morbimortalidade. O excesso de peso é recorrente na população idosa, gerando a predominância do desvio nutricional sobre a eutrofia. No entanto, o efeito de uma alimentação inadequada, gerada tanto por déficit de nutrientes, como por excessos, reflete em um quadro de má nutrição. O baixo peso entre a população

idosos é apontado como fator associado à mortalidade, pois o impacto da desnutrição na saúde dos idosos provoca pior diagnóstico para os agravos da saúde (FIORE et al., 2006).

A medida da CC classificou, neste estudo, 58,54% dos idosos com risco muito elevado para desenvolver doenças cardiovasculares, sendo que, destes, 77,80% faziam uso de anti-hipertensivo e se encontravam com elevados níveis pressóricos. A obesidade central ou abdominal foi mais prevalente nas idosas, com 75,00% delas apresentando risco muito elevado para eventos cardiovasculares, enquanto nos homens idosos a porcentagem foi de 35,29%.

O envelhecimento leva a redistribuição e internalização da gordura abdominal, principalmente entre as mulheres. Um estudo de Santos e Sichieri (2005) realizado na cidade do Rio de Janeiro (RJ) com 669 idosos revelou que estes indivíduos apresentaram progressiva redução da área muscular do braço com a idade e aumento da centralização da gordura, principalmente em mulheres. Um dos principais fatores relacionados à gênese da hipertensão é um aumento no tecido adiposo, que é definido presentemente como "hipertensão da obesidade". Apesar de ter sido demonstrado que a obesidade central altera os sistemas cardiovascular, renal e metabólico, desencadeando respostas inflamatórias, a relação causa-efeito entre a obesidade e a hipertensão ainda não está bem esclarecida. Entretanto, há um consenso de que os indivíduos com obesidade central elevada apresentam um aumento de risco para hipertensão, doença cardiovascular e mortalidade. Ainda, a obesidade central tem sido fortemente associada com uma maior prevalência de hipertensão. Estudo realizado por Krause et al. (2009) com 1064 mulheres idosas na cidade de Curitiba (PR) mostrou que idosas com circunferência abdominal maior tinham 3 vezes mais razão de chance para hipertensão, indicando que a circunferência abdominal é um forte preditor de hipertensão nessa amostra.

Dos idosos entrevistados no presente estudo, 8,53% apresentaram ingestão diária recomendada de frutas e hortaliças, enquanto 91,47% apresentaram consumo de risco. Em 2004 a OMS propôs recomendações pautadas em mudanças de estilo de vida visando a prevenir e minimizar a prevalência mundial das doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares e alguns tipos de câncer. Uma de suas principais recomendações foi o consumo diário de cinco porções ou mais de frutas e hortaliças. O consumo aumentado desses alimentos atuaria de forma

importante na redução do risco das principais doenças crônicas, especialmente devido à maior oferta de vitaminas, minerais antioxidantes e fibras alimentares. Em pesquisa realizada na cidade de São Paulo (SP) com 2066 idosos de baixa renda, foi constatado que cerca de um terço destes idosos (35,00%) não consumia diariamente nenhum tipo de fruta ou hortaliça e 19,80% relataram consumo diário de cinco ou mais porções de frutas e hortaliças. O consumo de frutas e hortaliças entre estes idosos mostrou-se insuficiente em relação às recomendações da OMS, estando associado a condições socioeconômicas desfavoráveis (VIEBIG et al., 2009). O consumo insuficiente de frutas e hortaliças está entre os 10 fatores de risco que mais causam mortes e doenças em todo o mundo. Estima-se que o consumo de frutas e hortaliças no Brasil corresponda a menos da metade das recomendações nutricionais, sendo ainda mais deficiente entre as famílias de baixa renda (JAIME, 2007).

As frutas e hortaliças estão presentes no prato de 30,40% dos brasileiros cinco ou mais vezes na semana, sendo este consumo menor entre os homens (24,30%) do que entre as mulheres (35,50%), enquanto 18,90% consomem cinco porções diárias recomendadas pela OMS. Em ambos os sexos, o consumo regular de frutas e hortaliças aumentou com a idade e com o nível da escolaridade dos indivíduos (BRASIL, 2010a). No presente estudo, composto por idosos de baixa renda em sua maioria, este consumo foi muito inferior em relação à atual realidade brasileira.

Entre os idosos com hipertensão, 82,25% afirmaram estar reduzindo o uso de sal na alimentação. As dietas ricas em sódio têm sido associadas a níveis elevados de pressão arterial e reduzi-la pode levar a uma menor incidência de eventos cardiovasculares. Muitos países agora recomendam limitar a ingestão diária de sódio a 100 mmol (aproximadamente 6 g de sal de mesa) ou menos (COBIAC; VOS; VEERMAN, 2010). Em estudo realizado com 132 sujeitos hipertensos no Ambulatório de Hipertensão do Hospital das Clínicas da Unicamp foi observado elevado consumo de sódio na população estudada - pelo menos três vezes maior do que o consumo de sódio recomendado para sujeitos hipertensos, tanto para mulheres (13,9 g/dia) como para homens (17,9 g/dia), dado prioritariamente pelo sal adicionado aos alimentos. O estudo mostrou ainda que a maioria dos hipertensos ingere alimentos salgados com concentração até quatro vezes maior do que o

recomendado pela OMS. A população em geral deve utilizar, no máximo, seis gramas de sal diariamente, o que equivaleria a uma colher de chá rasa, sendo que os indivíduos com pressão arterial alta devem se limitar à ingestão de quatro gramas, de acordo com as orientações da OMS. Tal recomendação não se aplica somente ao sal de cozinha. É necessário considerar todas as fontes de sal, seu consumo nos alimentos in natura, além de sua adição nos alimentos industrializados (FERREIRA, 2007). Na Europa e nos Estados Unidos, a média de consumo de sal varia entre 9 e 12 gramas. No Brasil, o consumo é maior: entre 12 e 14 gramas. O consumo elevado de sal por hipertensos pode alterar os padrões estruturais e hemodinâmicos da artéria carótida (vasos sanguíneos que levam sangue arterial do coração para o cérebro), contribuindo para um maior risco cardiovascular. O risco é maior para pacientes que fazem uso abusivo de sal, mesmo com níveis de pressão arterial controlados por medicamentos (SAE, 2010).

Em relação ao consumo de álcool, 79,27% dos idosos referiram não ter feito uso nos últimos 30 dias. Apenas 5 idosos (6,09%) apresentaram uso de risco. As mulheres idosas que não faziam uso de álcool eram a grande maioria (95,84%), enquanto os homens ficaram bem atrás (55,88%). Entre os homens, 32,35% tinham consumo de baixo risco, enquanto 11,77% faziam uso de risco, neste estudo.

Drogas, incluindo álcool e tabaco são uma das principais causas de danos aos indivíduos e à sociedade. O álcool é uma droga extremamente prejudicial, tanto para os usuários como para a sociedade, tornando-se a mais nociva das drogas em geral. Mesmo em termos de efeitos tóxicos por si só, o álcool é mais letal do que muitas drogas ilícitas (NUTT; KING; PHILLIPS, 2010). Os idosos são mais sensíveis ao efeito do álcool. O uso abusivo de bebida alcoólica aumenta o risco de quedas, problemas de desnutrição, aumento de pressão arterial e doenças cardiovasculares. Além disso, como essa população frequentemente faz uso de medicamentos, a interação com o álcool pode ser altamente prejudicial. Um estudo realizado pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo traçou o mapa do abuso de álcool entre os idosos na capital paulista. O levantamento, feito com 1.563 pessoas com 60 anos ou mais, apontou que 9,10% dessa população abusam do álcool, o equivalente a 88 mil idosos do município. No geral, o índice de alcoolismo entre os homens idosos atingiu os 20%. Entre as mulheres, esse índice ficou em 3,10%. A pesquisa também mostrou que o alcoolismo está presente em todas as

classes econômicas, mas principalmente entre as camadas mais pobres (SÃO PAULO, 2010).

No conjunto da população adulta brasileira, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias foi de 18,90%, sendo quase três vezes maior em homens (28,80%) do que em mulheres (10,40%). Em ambos os sexos, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi maior nas faixas etárias mais jovens. A partir dos 45 anos de idade, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas declina progressivamente até chegar a 8,40% entre os homens e 1,50% entre as mulheres na faixa etária de 65 ou mais anos de idade. Nos dois sexos, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas aumenta com a escolaridade do indivíduo (BRASIL, 2010b).

Atualmente, o cigarro, antes visto como estilo de vida é reconhecido como fator de dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas. Considerado pela OMS como grande problema de Saúde Pública, o tabagismo é uma pandemia, responsável por cerca de cinco milhões de mortes (quatro milhões de homens; um milhão de mulheres), por ano, em todo o mundo (COSTA, 2010). O tabagismo é hoje reconhecido como um problema de saúde pública importante também entre os idosos. O risco de morte entre os fumantes mais velhos é maior do que entre os não fumantes. A morbidade e mortalidade por câncer, doenças cardiovasculares, AVE e doenças respiratórias também são maiores entre os fumantes idosos. Eles são mais resistentes a deixar de fumar e tendem não só a subestimar os riscos, mas também a superestimar os benefícios de fumar (MARINHO et al., 2010).

Entre os idosos deste estudo, 62,20% eram não fumantes, 9,75% eram fumantes e 28,05% ex-fumantes. O número de fumantes e ex-fumantes foi mais elevado nos homens (67,64%) do que nas mulheres (18,75%). Dos 27 hipertensos que faziam uso de anti-hipertensivo e apresentaram PA controlada, 20 (74,07%) deles eram não fumantes.

O monóxido de carbono, decorrente do tabagismo, foi correlacionado ao aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial diastólica. Os tabagistas têm a capacidade elástica do sistema arterial reduzida em até seis vezes, quando comparada com a de não fumantes. A pressão arterial sistólica, assim como a frequência cardíaca, sofreu significativas elevações após o consumo de um cigarro,

sendo que estes efeitos podem durar até vinte minutos. Estas reações do organismo ao tabagismo podem ser responsáveis por uma vasta gama de complicações cardiovasculares. Entre os possíveis males estão infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência vascular periférica, que podem chegar a causar gangrena de extremidades, como pé e dedos. A alteração mais danosa para o indivíduo seria o aumento na pressão diastólica, provocada principalmente pela perda da elasticidade das artérias (SILVA, 2005).

Inquérito realizado na região metropolitana de Belo Horizonte (MG) mostrou a prevalência do hábito de fumar entre 1774 idosos. Entre os homens idosos, a prevalência de ex-fumantes foi de 39,20%. Entre as mulheres, a prevalência foi de 14,10%. A prevalência de fumantes atuais entre homens idosos foi igual a 19,60%. O resultado correspondente para as mulheres foi 8,10% (PEIXOTO; FIRMO; LIMA-COSTA, 2006). A frequência de adultos brasileiros que declararam fumar 20 ou mais cigarros por dia foi de 4,70%, sendo maior no sexo masculino (6,00%) do que no sexo feminino (3,60%). A frequência do consumo intenso de cigarros tendeu a crescer com a idade, declinando de forma importante apenas a partir dos 65 anos em ambos os sexos (BRASIL, 2010b).

Na abordagem da atividade física, 59,76% dos idosos eram menos ativos, e 40,24% eram ativos. A baixa adesão à prática de atividade física mostrou associação positiva com o gênero feminino, pois entre as 48 mulheres participantes do estudo, 32 (66,70%) eram menos ativas, o que corresponde ao dobro das classificadas como ativas (16). Entre os idosos que se encontravam com a PA elevada, quase metade deles (45,71%) eram ativos, sendo em menor proporção (36,17%) os idosos ativos que tinham boa PA. O sedentarismo também constitui importante fator de risco, já estando bem estabelecida a ocorrência de maior taxa de eventos cardiovasculares e maior taxa de mortalidade em indivíduos com baixo nível de condicionamento físico. Estima-se que a prevalência do sedentarismo seja de até 56% nas mulheres e 37% nos homens, na população urbana brasileira. Modificações no estilo de vida, incluindo exercício físico, são recomendadas no tratamento da hipertensão arterial. Estudo envolvendo 217 pacientes de ambos os sexos, com idade variando de 35 a 83 anos, mostrou que a adesão a medidas não farmacológicas, dentre as quais a prática de exercício físico, promoveu sensível efeito na redução dos níveis pressóricos (MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004).

Apenas 14,70% dos adultos brasileiros fazem atividades físicas no tempo livre com a regularidade necessária - 30 minutos diários, cinco vezes por semana, segundo o VIGITEL 2009 (BRASIL, 2009). Considerando aqueles que se deslocam para o trabalho ou para escola a pé ou de bicicleta, o índice sobe para 30,80%. O estudo demonstra ainda aumento do número de sedentários no país, que hoje representam 16,40% da população, ou seja, pessoas que não fazem nenhuma atividade física no tempo livre, no deslocamento, na limpeza da casa ou outros trabalhos pesados (BRASIL, 2010a).

Neste estudo, 10,81% dos idosos apresentaram pré-diabetes. Quanto ao perfil lipídico, na determinação do colesterol sérico total, observou-se 32,92% dos indivíduos com hipercolesterolemia, apresentando níveis de colesterol sérico total alto (200-239 mg/dL) e/ou elevado (≥ 240 mg/dL). As comorbidades com maior frequência nos idosos foram Diabetes Mellitus (DM) (18,29%), Angina (6,10%) e AVE (4,88%). Apresentavam hipercolesterolemia 66,70% dos idosos que referiram diabetes e 14,51% dos idosos com hipertensão. Eram hipertensos 46,70% dos idosos que referiram ter diabetes.

Os dados obtidos corroboram com o estudo que afirma que a HA é um problema de saúde muito frequente (entre 20% e 60%) nos pacientes com DM, particularmente no tipo 2. A sua presença implica também um substancial aumento do risco cardiovascular (duas vezes mais do que os hipertensos não diabéticos) e pode despertar ou acelerar não só as lesões microvasculares da DM, particularmente a nível renal e da retina, bem como as macrovasculares, como o AVE, a doença coronária ou a doença arterial periférica. DM estabelecida associada à HA será critério de diagnóstico de síndrome metabólica se houver também obesidade central colocando o seu portador numa situação de muito alto risco cardiovascular. Nesse sentido, deverá ter-se sempre em atenção a evolução do perfil tensional do doente com diabetes e o perfil glicêmico do paciente com hipertensão, pois qualquer intervenção que tenha por objetivo diminuir os valores tensionais destes doentes trará benefício na redução do seu risco cardiovascular e consequente diminuição na probabilidade de vir a sofrer qualquer evento fatal ou não fatal. Os diabéticos beneficiam do controle da PA, pela redução marcada e evidente de todos os indicadores de morbidade e mortalidade global, cardiovascular e renal associados à diminuição da PA, particularmente se inferior a 130-80 mmHg

(ALVARENGA, 2005). Estudo realizado com 3777 trabalhadores de uma empresa dos ramos metalúrgico e siderúrgico em diferentes cidades no Estado de São Paulo e Rio de Janeiro mostrou que a prevalência de trabalhadores apresentando alteração da PA foi 24,70% e alteração da glicemia de jejum foi de 11,50%, assim como elevadas prevalências de dislipidemia (35,50% para o colesterol total). As alterações lipídicas, por sua ação aterogênica, caracterizam um dos principais fatores de risco para doença cardiovascular em pacientes diabéticos (MARTINEZ; LATORRE, 2006). Entre os 5 idosos com angina da amostra, 4 (80,00%) deles eram idosos hipertensos em uso de anti-hipertensivo que apresentaram PA elevada; e entre os 4 idosos que sofreram AVE, todos eles (100,00%) eram idosos hipertensos em uso de anti-hipertensivo com elevados níveis pressóricos.

A prevalência de angina entre 1.680 indivíduos participantes de estudo realizado em Pelotas (RS) foi de 8,20%, enquanto a de possível angina, 12,30%. A prevalência de angina foi maior entre indivíduos mais velhos. A cardiopatia isquêmica é a principal causa de morte em todo o mundo, responsável por mais de sete milhões de óbitos por ano. Angina pectoris é sua principal manifestação, respondendo por cerca de metade dos casos iniciais. O sintoma anginoso ocorre devido à isquemia miocárdica e caracteriza-se por dor ou desconforto no peito, desencadeados principalmente pelo esforço físico e aliviados com o repouso. O comprometimento da luz coronariana por placa aterosclerótica é sua principal causa, embora outras patologias, como hipertensão arterial, possam, também, estar envolvidas (ALVES; CESAR; HORTA, 2010). A hipertensão arterial, quando conduz a excesso de trabalho cardíaco, predispõe a aumento do estresse parietal e secundariamente pode determinar angina. Em relação à oferta de oxigênio ao miocárdio, a HAS pode participar como fator de risco para o desenvolvimento das placas de aterosclerose ou da disfunção do endotélio, bem como gatilho para os eventos coronários agudos. A angina instável pode resultar do excesso de demanda ou do suprimento inadequado de oxigênio ao miocárdio (COELHO; ALMEIDA; UETI, 1999).

A HAS é o fator de risco mais importante para o AVE. A sua incidência aumenta diretamente em relação ao grau de elevação das pressões arteriais sistólica e diastólica acima dos valores limites. O risco relativo de AVE em pacientes hipertensos é aproximadamente quatro vezes superior ao de indivíduos

normotensos na mesma idade. O AVE, usado para designar o déficit neurológico em uma área cerebral secundária à lesão vascular, é hoje uma das principais causas de óbito no Brasil, bem como de incapacidades em adultos. Tem elevado impacto na população devido à sua prevalência, morbidade e mortalidade. Acarreta também altos custos, tanto para o seu tratamento específico como para a reabilitação, ocasionando ônus familiar e social elevados. Cerca de 30% dos pacientes que sofrem AVE falecem no primeiro ano, e 30% ficam com sequelas graves e/ou incapacitantes. Em estudo realizado no município de Fortaleza (CE) com 280 pacientes com diagnóstico clínico e tomográfico de AVE, a prevalência de HAS foi de 97%. Quanto ao tipo de AVE, o isquêmico foi o mais frequente (78,50%). Em relação aos outros fatores de risco, encontrou-se diabetes em 47,60% dos pacientes (BARBOSA et al., 2009).

A prevalência de HAS nos idosos estudados foi de 75,60%. Destes, 90,32% eram hipertensos em tratamento, 1,61% eram hipertensos sem tratamento e 8,06% desconheciam a sua condição de hipertenso. Entre os hipertensos em terapia medicamentosa, 48,22% estavam com a PA controlada e 51,78% se encontravam com a PA elevada. A prevalência de HA entre as mulheres foi de 77,08% e entre os homens de 73,53%.

Em estudo que investigou a prevalência da hipertensão autorreferida em adultos de 15 capitais brasileiras e Distrito Federal, a frequência do relato da hipertensão aumentou com a idade. A prevalência variou de 39% a 59% nos idosos (BRASIL, 2004b). No conjunto da população adulta de 27 cidades brasileiras estudadas, a frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial alcançou 24,40%, sendo ligeiramente maior em mulheres (27,20%) do que em homens (21,10%). Em ambos os sexos, o diagnóstico de hipertensão arterial se torna mais comum com a idade, alcançando cerca de 7,50% dos indivíduos entre os 18 e os 24 anos de idade e mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. (BRASIL, 2010b). Estudo feito por Firmo, Uchôa e Lima-Costa (2004) com 1.494 idosos residentes na cidade de Bambuí (MG) encontrou prevalência de 61,50% de hipertensos, sendo que 23,40% desses idosos não sabiam ser hipertensos e cerca de 1/3 desses hipertensos (37,10%) não estavam sendo tratados para hipertensão arterial. Já Zaitune et al. (2006) encontrou prevalência de hipertensão arterial referida de 51,80% em idosos residentes no Município de

Campinas (SP). Verificou-se nesse estudo que 71,60% dos idosos hipertensos visitam o médico regularmente e 86,70% fazem uso regular de medicamento. Em estudo transversal feito na cidade de São Paulo (SP) com 110 idosos hipertensos de um grupo multidisciplinar, a pressão arterial foi controlada em 41,10% dos casos, segundo Macedo-Soares et al. (2007). O fato de ser inserido em um grupo geriátrico com assistência multidisciplinar para exercícios mostrou um significativo controle da pressão arterial no idoso hipertenso.

A prevalência da HAS nos idosos deste estudo foi um pouco superior aos dados levantados em alguns estudos. Mas se pode concluir que, embora a prevalência da HAS foi um pouco superior nas mulheres idosas do que nos homens idosos, corroborando com os dados encontrados na literatura, neste estudo a mulher idosa apresentou maior porcentagem de níveis pressóricos controlados (65,95%) em relação aos homens idosos (34,04%), o que permite considerar que a idosa tem hábitos mais saudáveis de vida, melhor adesão a terapia anti-hipertensiva e, conseqüentemente, uma maior frequência ao serviço de saúde do que os idosos do sexo masculino. Para Zaitune et al. (2006), as mulheres geralmente têm maior percepção das doenças, apresentam maior tendência para o autocuidado e buscam mais assistência médica do que os homens.

Entre os 29 hipertensos em uso de anti-hipertensivo que se encontravam com a PA elevada, 48,27% apresentaram HAS estágio 1, 27,58% HAS estágio 2, 3,44% HAS estágio 3 e 20,68% apresentaram HSI. Melo et al. (2011) realizaram um estudo quantitativo com 121 trabalhadores rurais canavieiros na região Centro Oeste do Estado de São Paulo. Do total da amostra, 44 indivíduos (36,20%) apresentaram PA elevada, identificando-se 10,70% com PA limítrofe, 20,60% com HAS grau I e 4,90% HAS grau II. Em estudo feito com 721 pacientes no município de Areia (PB) encontrou-se 32,30% dos indivíduos com HAS estágio 1, 39,90% com HAS estágio 2, 14,70% com HAS estágio 3 e 13,10% com HSI (SOUZA, V. C.; SOUZA, E. P.; SILVA, 2010). A HSI foi mais prevalente em idosos com 80 anos ou mais (50,00%), mas entre todos os idosos com hipertensão apresentou menor prevalência (12,90%). A HSI é uma condição caracterizada a partir de uma PAS $\geq$ 140 mmHg, com PAD $<$ 90 mmHg. Frequentemente, o seu aparecimento está relacionado à perda de elasticidade das artérias, secundário à substituição das fibras elásticas por colágeno, que ocorre com o processo de envelhecimento. A sua elevada prevalência e a forte

associação com eventos cardiovasculares têm posicionado a HSI como o principal fator de risco cardiovascular na população idosa. Estudo transversal realizado em subgrupo populacional de 2.297 indivíduos com idade ≥ 20 anos, em Salvador (BA), identificou que, entre os hipertensos em tratamento e sem adequado controle da PA, a HSI foi o padrão de hipertensão mais comum no subgrupo com idade ≥ 70 anos, tanto entre homens (29,60%), como entre mulheres (22,60%) (BARBOSA et al., 2006).

As classes de medicamentos para hipertensão arterial mais utilizadas neste estudo foram: IECA (49,09%) e diuréticos (47,27%), sendo o captopril e a hidroclorotiazida os medicamentos mais utilizados. Estudo realizado na área rural da cidade de Ouro Preto (MG), com 135 domicílios visitados, entrevistou 236 pessoas. O captopril foi o fármaco mais prescrito entre os pacientes (33,10%). Inúmeros trabalhos comprovam sua eficácia e segurança para o tratamento da hipertensão de diferentes etiologias. Almeida et al. (1981) avaliaram o uso específico de captopril em pacientes com diferentes tipos de hipertensão, concluindo que esse medicamento é muito eficaz no tratamento inicial da hipertensão. O segundo medicamento mais prescrito foi a hidroclorotiazida (25,20%). Esse fármaco é pertencente à classe dos diuréticos tiazídicos e foram os primeiros anti-hipertensivos disponíveis para uso em larga escala. Lançados em meados dos anos 50 continuam a ser administrados, isolados ou em associação, a milhões de hipertensos em todo o mundo (SILVA et al., 2007).

Na amostra, 36 idosos (43,90%) confirmaram história familiar de doenças cardiovasculares, enquanto que, entre os idosos com hipertensão, 24,19% destes confirmaram. Fava et al. (2004) realizaram estudo através de 286 visitas domiciliárias em Alfenas (MG), verificando-se que 39,50% dos sujeitos eram hipertensos e que 85,84% dos indivíduos possuíam antecedentes familiares para doenças cardiovasculares. O caráter hereditário das doenças cardiovasculares é nitidamente revelado nos estudos e nestes, pode-se atribuir como principal causa a hipertensão arterial.

Na análise do uso dos serviços de saúde, grande parte da amostra não possui plano privado de saúde (73,17%) e quase todos os idosos (97,56%) aferiram a última medida da PA há menos de 1 ano, sendo que 45,13% dos idosos foram de 1 a 3 consultas e 46,34% compareceram em 4 ou mais consultas médicas nos

últimos 12 meses. De acordo com informações da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica, a proposta de atendimento prevista para idosos é de pelo menos 3 consultas médicas por ano (BRASIL, 2008b). Estudo transversal realizado com 2.889 indivíduos com idade a partir de 65 anos, portadores de condições crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença mental), residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde em 41 municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil, demonstrou que a prevalência de consulta médica nos últimos seis meses foi de 45% no Sul e de 46% no Nordeste (RODRIGUES et al., 2009). Em uma amostra de 19.068 idosos representativos da população brasileira com 65 anos ou mais de idade, Lima-Costa et al. (2003) constataram que 74,50% não possuíam plano privado de saúde, corroborando com os dados encontrados no presente estudo.

Entre os entrevistados deste estudo, 3 (3,65%) acreditam que sua saúde é excelente, 9 (10,97%) acreditam ser muito boa, 36 (43,91%) pensam ter boa saúde, 32 (39,03%) saúde razoável e apenas 2 (2,44%) avaliam sua saúde como ruim, na percepção de seu estado de saúde. A autoavaliação do estado de saúde é considerada um indicador válido e relevante do estado de saúde de indivíduos e de populações. Esse indicador tem se revelado fortemente correlacionado com medidas objetivas de morbidade e de uso de serviços, constituindo-se um preditor poderoso de mortalidade, independentemente de outros fatores. A autoavaliação da saúde capta, além da exposição a doenças, o impacto que essas doenças geram no bem-estar físico, mental e social dos indivíduos. Em 27 cidades do Brasil, 4,90% das pessoas avaliaram seu estado de saúde como ruim, sendo essa proporção maior em mulheres (6,30%) do que em homens (3,20%). Em ambos os sexos, a proporção daqueles que avaliaram seu estado de saúde como ruim aumenta com a idade e diminui com o nível de escolaridade (BRASIL, 2010b).

Quando se classificou a QV, entre os idosos hipertensos que fazem uso de medicação anti-hipertensiva, observou-se que 71,43% apresentavam menos que 30% de efeitos colaterais, 19,64% tinham seu tratamento interferindo em atividades de lazer ou sociais, 5,35% apresentavam mais que 30% de efeitos colaterais e 1,78% estavam desempregados, afastados por motivo de doença. Na divisão da QV em grupos (A e B), observou-se que 71,43% da amostra estavam no grupo A, com boa QV, apresentando pior QV apenas 28,57% dos hipertensos (grupo B). Entre os

hipertensos em tratamento que apresentaram boa PA, 69,23% deles estavam no grupo A, enquanto 30,77% eram do grupo B. Dos idosos com boa QV, 65,00% tomam menor número de medicamentos (0 a 1-2) e 81,25% dos idosos com pior QV fazem uso de maior número de medicamentos (3-4 a 5ou+).

Uma revisão da literatura, de 1990 a 2000, encontrou 48 artigos que relatavam sobre qualidade de vida relacionada à saúde e hipertensão. Foram selecionadas quatro dimensões, sendo elas: bem-estar geral (que inclui vitalidade, bem-estar psicológico, percepção de saúde geral, humor, depressão e ansiedade), função cognitiva, sono e função sexual. Demonstraram que pessoas hipertensas apresentaram menor QVRS, em todas as dimensões, quando comparadas com indivíduos normotensos, isso foi atribuído ao efeito colateral do medicamento. Estudo realizado no município de Fortaleza (CE) entrevistou 113 hipertensos em UBS. Sessenta e sete por cento dos indivíduos eram do sexo feminino e observaram comprometimento geral em sua QV, sendo os domínios mais evidentes aqueles que investigaram o estado geral de saúde e a dor (ARBEX; ALMEIDA, 2009).

Definir qualidade de vida é um processo complexo e altamente pessoal, já que se refere à percepção que o indivíduo tem do mundo e de si mesmo. O tratamento da hipertensão, para alguns idosos, reduz a QV, enquanto para outros, há melhoria. Dado o caráter assintomático da hipertensão, a doença só passa a fazer parte do cotidiano a partir do momento em que o tratamento é indicado. Modificando o seu estilo de viver, o idoso se sente preso a restrição alimentar e a utilização de medicamentos, o que pode ser extremamente desagradável, podendo ser fator determinante para o não cumprimento da terapêutica, ou mesmo para seu abandono. Para os idosos, a redução da QV pode surgir tanto como uma consequência da doença, como em função do tratamento. No desenvolvimento de ações efetivas para o atendimento a pacientes hipertensos, a enfermeira deve se preocupar com os principais aspectos que se relacionam a QV, como crenças, valores, formação educacional, ambiente físico e social em que vivem, modo de perceber a realidade e autoestima (OLIVEIRA; ARAÚJO; MOREIRA, 2002). Ações baseadas nestes aspectos podem ser facilitadas e efetivadas através da Estratégia Saúde da Família, onde as atividades desenvolvidas permitem a construção de vínculos, laços de compromissos e corresponsabilidades entre usuários e equipe multidisciplinar.

6 CONCLUSÕES

Observamos que a prevalência de HAS entre os idosos da comunidade estudada foi elevada, assim como a proporção de alguns fatores de risco a ela associados, como o sobrepeso, o risco para doenças vasculares, o baixo consumo de frutas e hortaliças, o sedentarismo, a história familiar de doenças cardiovasculares, a baixa escolaridade e a baixa renda.

A HAS e os fatores associados ao risco da doença são distintos entre os homens e as mulheres idosas. A HAS foi mais prevalente nas mulheres (embora elas tenham controle mais eficaz dos níveis pressóricos), assim como o sobrepeso, o sedentarismo e o risco para doenças cardiovasculares. Apenas o tabagismo e o alcoolismo foram mais frequentes nos homens idosos, embora as proporções de fumantes e dos que façam uso de álcool de risco entre eles sejam consideradas baixas.

Como fatores de proteção tivemos a percepção do estado de saúde, o número de medicamentos utilizados nos últimos três meses e a qualidade de vida, em ambos os sexos.

Embora os idosos deste estudo fossem considerados, em sua maior parte, com boa qualidade de vida, torna-se necessário que os serviços de saúde utilizem de forma efetiva seus recursos de prevenção primária (com foco na promoção da saúde, através de ações periódicas de educação em saúde), prevenção secundária (desenvolvendo habilidades para a eficácia do tratamento e controle adequado) e, quando for o caso, prevenção terciária (para reabilitar o indivíduo acometido pelos efeitos da morbidade).

Ações de atenção primária voltadas às doenças crônicas, em especial a HAS, por sua importância epidemiológica, precisam ser iniciadas precocemente, para que o indivíduo se mantenha saudável pelo maior tempo possível, evitando-se assim a elevada prevalência de eventos cardiovasculares e suas temidas sequelas, e contribuindo para uma melhor qualidade de vida na velhice.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS²

ALMEIDA, F. A. et al. Tratamento da crise hipertensiva com captopril. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 425-429, 1981.

ALMEIDA, P. M.; WICKERHAUSER, H. **O critério ABA/ABIPEME - em busca de uma atualização.** São Paulo: Associação Brasileira de Anunciantes, Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisas de Mercado, 1991.

ALVARENGA, C. Hipertensão arterial na Diabetes Mellitus tipo 2 - evidência para a abordagem terapêutica. **Rev. Port. Clin. Geral**, Lisboa, v. 21, p. 597-604, 2005.

ALVAREZ, T. S.; ZANELLA, M. T. Impacto de dois programas de educação nutricional sobre o risco cardiovascular em pacientes hipertensos e com excesso de peso. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 71-79, 2009.

ALVES, L.; CESAR, J. A.; HORTA, B. L. Prevalência de angina pectoris em Pelotas, RS. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 2, p. 179-185, 2010.

AMODEO, C.; LIMA, N. K. C. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Rev. Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 239-243, 1996.

ARBEX, F. S. **Avaliação da qualidade de vida em adultos e idosos hipertensos que utilizam medicação anti-hipertensiva.** 2009. 91 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

ARBEX, F. S.; ALMEIDA, E. A. Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. **Rev. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v. 7, p. 339-342, 2009.

ASSIS, M. **Promoção da saúde e envelhecimento:** orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro: CRDE/ UnATI UERJ, 2002. (Série Livros Eletrônicos Programas de Atenção a Idosos).

AURICHIO, T. R.; REBELATTO, J. R.; CASTRO, A. P. Obesidade em idosos do Município de São Carlos, SP e sua associação com diabetes melito e dor articular. **Fisioter. Pesq.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 114-117, 2010.

BARBOSA, M. A. R. et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica nos pacientes portadores de acidente vascular encefálico, atendidos na emergência de um hospital público terciário. **Rev. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v. 7, p. 357-360, 2009.

² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

BARBOSA, P. J. B. et al. Prevalência de hipertensão sistólica isolada em uma capital brasileira. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 111-116, 2006.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 52, p. 1-7, 1994.

BITTENCOURT, R. J. et al. Validação de inquérito de risco referido para vigilância em saúde de fatores de risco de doença arterial coronariana em servidores públicos estaduais de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 761-770, 2004.

BORBA, T. B., MUNIZ, R. M. Sobrepeso em idosos hipertensos e diabéticos cadastrados no Sistema HIPERDIA da Unidade Básica de Saúde do Simões Lopes, Pelotas, RS, Brasil. **Rev. Enferm. Saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 69-76, 2011.

BRASIL. Decreto nº 1948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **LEX: Coletânea de Legislação e Jurisprudência**, São Paulo, v. 60, p. 1657-1661, jul.-ago. 1996.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 018055, 20 set. 1990.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso, cria o conselho nacional do idoso e dá outras providências. **LEX: Coletânea de Legislação e Jurisprudência**, São Paulo, v. 58, p. 6-10, jan.- mar. 1994.

_____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final**. Brasília, DF: CNDSS, 2008a. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Menos de 20% dos brasileiros consomem frutas e hortaliças e praticam exercícios**. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11227>. Acesso em: 11 abr. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Saúde da Família é bem avaliado por 80,7% dos brasileiros, segundo IPEA**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12186>. Acesso em: 20 fev. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Sistemas de Informação HIPERDIA**. Brasília, DF: DATASUS, 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807>. Acesso em: 20 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, DF, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília, DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília, DF, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN: orientações básicas para coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2004c.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003.

BULPITT, C. J., FLETCHER, A. E. The measurement of quality of life in hypertensive patients: a practical approach. **Br. J. Clin. Pharmacol.**, v. 30, n. 3, p. 353-364, 1990.

BUTOLO VIDO, M.; QUINTELLA FERNANDES, R. Quality of life: considerations about concept and instruments of measure. **Online Brazilian Journal of Nursing**, North America, v. 6, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.870/197>>. Acesso em: 8 mar. 2011.

CABRERA, M. A. S; JACOB FILHO, W. Obesidade em idosos: prevalência distribuição e associação com hábitos e comorbidades. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 494-501, 2001.

CAETANO, A. S.; FERREIRA, L. A Importância do Pré-teste na Validação Transcultural de Escalas: Pré-testagem das Escalas BSQ, BES e BAS. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE IMAGEM CORPORAL, 1.; CONGRESSO BRASILEIRO DE IMAGEM CORPORAL, 1., 2010, Campinas. **Anais eletrônicos...** Campinas: UNICAMP, 2010. Disponível em: <<http://www.fef.unicamp.br/hotsites/imagemcorporal2010/cd/anais/trabalhos/portugues/Area4/IC4-04.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2010.

CAMPOS, F. G. et al. Distribuição espacial dos idosos de um município de médio porte do interior paulista segundo algumas características sócio-demográficas e de morbidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 77-86, 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Behavioral risk factor surveillance system survey questionnaire**. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, 2009.

COBIAC, L. J.; VOS, T.; VEERMAN, J. L. Cost-effectiveness of interventions to reduce dietary salt intake. **Heart**, London, v. 96, p. 1920-1925, 2010.

COELHO, O. R.; ALMEIDA, A.; UETI, O. M. Hipertensão arterial sistêmica e angina instável. **HiperAtivo**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 61-66, 1999.

CORAZZA, D. **Influência da prática regular de atividade física sobre sintomas depressivos em idosos institucionalizados**. 2005. 113 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Motricidade) - Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Rio Claro, 2005.

COSTA, L. C. **Prevalência de fatores de risco para doenças não transmissíveis na população adulta de 18 capitais brasileiras: um inquérito domiciliar**. 2010. 83 f. Dissertação (Mestrado em Neurologia) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

COSTA, M. C. et al. Mortalidade infantil e condições de vida: a reprodução das desigualdades sociais em saúde na década de 90. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 555-567, 2001.

DALLACOSTA, F. M.; DALLACOSTA, H.; NUNES, A. D. Perfil de hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de uma unidade básica de saúde. **UNOESC & Ciência – ACBS**, Joaçaba, v. 1, n. 1, p. 45-52, 2010.

DE ESTEFANO, G. M. M. F.; MARTIN, L. C. Assessment of the effects of the combination of spironolactone to conventional pharmacotherapy in dialysis patients. **ClinicalTrials.gov**, Bethesda, 2010. Disponível em: <<http://clinicaltrials.gov/clinical-trials/show/NCT01128101>>. Acesso em: 27 fev. 2011.

DIAS, J. C. R.; CAMPOS, J. A. D. B. Aspectos epidemiológicos da obesidade e sua relação com o Diabetes Mellitus. **Nutrire: Rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 103-115, 2008.

DOSSE, C. et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de Hipertensão arterial. **Rev. Latino-am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 201-206, 2009.

DUARTE, M. T. C. et al. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2603-2610, 2010.

FAVA, S. M. C. L. et al. Educação e controle da hipertensão arterial. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2., 2004, Belo Horizonte. **Anais eletrônicos...** Belo Horizonte: UFMG, 2004. Disponível em: <<http://www.ufmg.br/congrent/Saude/Saude70.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2011.

FERREIRA, C. L. **Resiliência e velhice**: um estudo de fatores de risco e de proteção na saúde do idoso. 2010. 66 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

FERREIRA, M. C. S. **Consumo de sódio**: caracterização e relação entre comportamento alimentar, fatores clínicos e genéticos de sujeitos. 2007. 217 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

FIGUEIREDO, I. C. R.; JAIME, P. C.; MONTEIRO, C. A. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 777-785, 2008.

FIORE, E. G. et al. Perfil nutricional de idosos frequentadores de Unidade Básica de Saúde. **Rev. Ciênc. Médicas**, Campinas, v. 15, n. 5, p. 369-377, 2006.

FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 512-521, 2004.

GOMES, T. J. O.; SILVA, M. V. R.; SANTOS, A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 132-139, 2010.

GONZAGA, C. C.; SOUSA, M. G.; AMODEO, C. Fisiopatologia da hipertensão sistólica isolada. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 10-14, 2009.

GUSMÃO, J. L., PIERIN, A. M. G. Instrumento de avaliação da qualidade de vida para hipertensos de Bulpitt e Fletcher. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 43, p. 1034-1043, 2009. Número especial.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Departamento de população e indicadores sociais. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – revisão 2008**. Brasília, DF, 2008.

_____. Departamento de população e indicadores sociais. **Pesquisa nacional por amostras de domicílios 2009: síntese de indicadores**. Brasília, DF, 2009.

_____. Departamento de população e indicadores sociais. **Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Brasília, DF, 2010.

JABORANDI (SÃO PAULO). In: Wikipédia. 2011. Disponível em : <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Jaborandi_\(S%C3%A3o_Paulo\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Jaborandi_(S%C3%A3o_Paulo))>. Acesso em: 18 nov. 2011.

JAIME, P. C. et al. Educação nutricional e consumo de frutas e hortaliças: ensaio comunitário controlado. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 154-157, 2007.

KRAUSE, M. P. et al. Associação de aptidão cardiorrespiratória e circunferência abdominal com hipertensão em mulheres idosas brasileiras. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 93, n. 1, p. 2-8, 2009.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745-757, 2003.

MACEDO-SOARES, A. et al. A importância de um programa de assistência multidisciplinar no controle de pressão arterial no idoso hipertenso. **Einstein**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 137-142, 2007.

MAGNABOSCO, P. **Estudo da qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência**. 2007. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MALUF Jr, I. et al. Avaliação da adesão de médicos ao protocolo de hipertensão arterial da secretaria municipal de saúde de Curitiba. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 94, n. 1, p. 86 -91, 2010.

MANZINI, F. C.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem aplicada a clientes portadores de hipertensão arterial: uso da teoria do autocuidado de Orem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 113-119, 2009.

MARINHO, V. et al. Tobacco use among the elderly: a systematic review and meta-analysis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2213-2233, 2010.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 87, n. 4, p. 471-479, 2006.

MELO, E. C. et al. Fatores de risco e incidência de hipertensão arterial em trabalhadores rurais canavieiros. **Rev. ATO**, Bauru, v. 2, n. 4, p. 137-150, 2011. Disponível em: <http://www.actiradentes.com.br/.../8Revista_ATO-Fatores_de_risco_hipertensao-2011.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2011.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 5, p. 7-18, 2000.

MION Jr., D. et al. Hipertensão arterial na cidade de São Paulo: prevalência referida por contato telefônico. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 99-106, 2010.

MONTEIRO, C. A. et al. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 47-57, 2005.

MONTEIRO, M. F.; SOBRAL FILHO, D. C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Rev. Bras. Med. Esporte**, São Paulo, v. 10, n. 6, p. 513-516, 2004.

MOREIRA, M. M. **Mudanças estruturais na distribuição etária brasileira: 1950-2050**. Recife: FUNDAJ, 2002.

MOURA, A. A. G. **A repercussão das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na concessão de auxílios- doença e aposentadorias por invalidez no Instituto Nacional de Seguro Social (INSS)**. 2005. 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

NEUTZLING, M. B. et al. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2365-2374, 2009.

NUTT, D. J.; KING, L. A., PHILLIPS, L. D. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. **The Lancet**, London, v. 376, n. 9752, p. 1558-1565, 2010. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673610614626.pdf?id=40bade4753939e7f:38e54170:12eb0cc4281:-1cce1300048890761>>. Acesso em: 2 dez. 2010.

OLIVEIRA, C. J.; ARAÚJO, T. L.; MOREIRA, T. M. M. Idosos com hipertensão arterial: interferências em sua qualidade de vida. **Rev. Baiana Enferm.**, Salvador, v. 17, n. 3, p. 109-112, 2002.

OLIVEIRA, T. C.; ARAÚJO, T. L. Mecanismos desenvolvidos por idosos para enfrentar a hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 276-281, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Relatório mundial. Brasília, DF, 2003.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. 252 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PEIXOTO, M. R. G. et al. Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência de Goiânia, Goiás, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1323-1333, 2008.

PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1925-1934, 2006.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 1-10, 2008.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39, 1996.

PIATI, J.; FELICETTI, C. R.; LOPES, A.C. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 123-129, 2009.

PINOTTI, S.; MANTOVANI, M. F.; GIACOMOZZI, L. M. Percepção sobre a hipertensão arterial e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 13, n. 4, p. 526-534, 2008.

POZZAN, R. et al. O controle da pressão arterial como questão central no tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 253-259, 2003.

RODRIGUES, M. A. P. et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 604-612, 2009.

SAE, M. C. S. F. **Consumo de sódio e suas associações com alterações estruturais e hemodinâmicas em artérias carótidas de hipertensos**. 2010. 81 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estud. Interdiscip. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SANTOS, D. M.; SICHIERI, R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 163-168, 2005.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto-Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 90-97, 2008.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **HC traça mapa do abuso de álcool em idosos de SP**. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.ipgg.saude.sp.gov.br/content/uuvutrespe.mmp>>. Acesso em: 15 out. 2010.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SILVA, A. C. et al. Medicamentos anti-hipertensivos utilizados na área rural de Ouro Preto, MG. **Rev. Eletr. Farmácia**, Goiânia, v. 4, n. 2, p. 1-3, 2007.

SILVA, M. A. M. R. T. **Efeitos do tabagismo sobre o sistema cardiovascular: hemodinâmica e propriedades elásticas arteriais**. 2005. 82 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SOUZA, V. C.; SOUZA, E. P.; SILVA, S. S. F. Hipertensão arterial - uma visão sazonal do programa saúde da família no município de Areia - PB. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 6., 2010, Niterói. **Anais eletrônicos...** Niterói: CNEG, 2010. Disponível em <http://www.excelenciaemgestao.org/Portals/2/documents/cneg6/anais/T10_0316_1229.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2011.

TRAD, L. A. B. et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 797-806, 2010.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 89, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2007001500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 jun. 2010.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 1-51, jan./mar. 2010.

VERMELHO, L. L.; MONTEIRO, M. F. G. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. et al. (Org.). **Epidemiologia**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2002. p. 91-103.

VIEBIG, R. F. et al. Consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 806-813, 2009.

VITOR, R. S.; SAKAI, F. K.; CONSONI, P. R. C. Indicação e adesão de medidas não farmacológicas no tratamento da hipertensão arterial. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 53, n. 2, p. 117-121, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, DF: Ministério da Saúde/IEC, 1986. p. 11-18.

_____. **Global health risks**: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, 2009.

_____. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report. Geneva, 1997. (WHO Technical Report Series, 894).

_____. **Physical status**: the use and interpretation of anthropometry. Report. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, 854).

YOSUF S. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEARTH study): case-control study. **Lancet**, London, v. 364, n. 9438, p. 937-952, 2004.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 285-294, 2006.

ANEXOS

ANEXO A. Encaminhamento e De Acordo do Projeto

ENCAMINHAMENTO E DE ACORDO DO PROJETO

Ribeirão Preto, 13 de OUTUBRO de 2009.

Ilustríssimo Senhor
Prof. Dr. Sérgio Pereira da Cunha
MD. Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Do HCFMRP e da FMRP-USP

Senhor Coordenador,

Encaminho em anexo o projeto de pesquisa intitulado HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE IDOSOS: PERCEPÇÃO DA MORBIDADE E FATORES ASSOCIADOS AO TRATAMENTO, juntamente com a documentação necessária para avaliação ética deste Comitê.

O projeto de pesquisa acima mencionado será desenvolvido no Centro de Saúde III Dr. Amadeu Pagliuso vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Jaborandi-SP.

Informo também que o pesquisador responsável e orientador possuem currículo Lattes.

O orçamento do presente projeto encontra-se em análise pela equipe técnica da UCP.

Atenciosamente,

JAIR LÍCIO FERREIRA SANTOS

PATRICIA GONÇALVES DE OLIVEIRA

De acordo:

JOÃO PAULO PIRES DA SILVA
Secretário Municipal de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JABORANDI

CENTRO DE SAÚDE II - DR. AMADEU PAGLIUSO
JABORANDI - SP

RUA ALEXANDRE DE ÁVILA BORGES, 927 - CENTRO

FONE/FAX: (17) 3347-1122 - CEP 14.775-000

CENTRO DE SAÚDE III DR. AMADEU PAGLIUSO

Carimbar e Assinar

ANEXO B. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa FMRP-USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.usp.br

Ribeirão Preto, 08 de dezembro de 2009

Ofício nº 4085/2009
CEP/MCV

Prezados Senhores,

O trabalho intitulado **"HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE IDOSOS: PERCEPÇÃO DA MORBIDADE E FATORES ASSOCIADOS AO TRATAMENTO"** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 300ª Reunião Ordinária realizada em 07/12/2009 e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 11250/2009.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (ICH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores
PATRICIA GONÇALVES DE OLIVEIRA
PROF. DR. JAIR LÍCIO FERREIRA SANTOS
Depto. de Medicina Social

ANEXO C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social
Área Saúde na Comunidade

INFORMAÇÕES

Título do Projeto:

Hipertensão Arterial entre Idosos: Percepção da Morbidade e Fatores Associados ao Tratamento.

Objetivo do Estudo:

Investigar a prevalência da hipertensão arterial e o conhecimento da condição de hipertenso entre pessoas acima de 60 anos do município, determinando hábitos de vida, indicadores da condição de saúde, uso de medicamentos e uso dos serviços de saúde.

Métodos utilizados:

Aferição da pressão arterial e do peso e altura para calcular o IMC (Índice de Massa Corporal).

Confidencialidade:

As informações obtidas no seu questionário e nos exames serão analisadas em conjunto com os outros participantes desta pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhuma pessoa.

Despesas ou compensações:

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase deste estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Compromisso do pesquisador com os resultados desta pesquisa:

O pesquisador terá o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Eu, **Patricia Gonçalves de Oliveira**, enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF 2), com supervisão do Prof. Dr. **Jair Lício Ferreira Santos**, estarei realizando um trabalho para projeto de mestrado cujo objetivo principal é determinar a prevalência da Hipertensão Arterial, os fatores associados ao seu tratamento e o conhecimento da condição de hipertenso entre os idosos do município de Jaborandi-SP no ano de 2010. Para que este estudo seja realizado, precisamos que o (a) senhor (a) participe de uma entrevista individual realizada por mim em seu domicílio. Você e sua família receberão esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa, podendo realizar questionamentos a qualquer momento, não sofrendo nenhum risco ou dano significativo. O direito a total liberdade de se recusar a participar desta pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo algum, será respeitado. Seguindo estes mesmos critérios éticos garantimos que todas as informações obtidas serão utilizadas somente para este estudo, estando cientes da possibilidade de publicações ou apresentações dos resultados obtidos com objetivo científico, com sigilo total de nomes, sobrenomes ou qualquer outro que possa identificá-los. Esperamos que as informações desta pesquisa possam contribuir para a melhoria da qualidade da atenção à saúde dos idosos.

Desta forma e na ciência das informações acima:

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim descrevendo o estudo da hipertensão arterial. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que haja penalização.

Assinatura do paciente/representante legal

Data / /

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data / /

Responsável por esta pesquisa:

Prof. Dr.: Jair Lício Ferreira Santos

Telefone: 16 36022516

ANEXO D. Mini Exame do Estado Mental**1. Orientação espacial (0-5 pontos):**

Em que dia estamos?

- ☐ ☐ Ano
- ☐ ☐ Semestre
- ☐ ☐ Mês
- ☐ ☐ Dia
- ☐ ☐ Dia da Semana

2. Orientação espacial (0-5 pontos):

Onde Estamos?

- ☐ ☐ Estado
- ☐ ☐ Cidade
- ☐ ☐ Bairro
- ☐ ☐ Rua
- ☐ ☐ Local

3. Repita as palavras (0-3 pontos):

- ☐ ☐ Caneca
- ☐ ☐ Tijolo
- ☐ ☐ Tapete

4. Cálculo (0-5 pontos):

O senhor faz cálculos?

Sim (vá para a pergunta 4a)

Não (vá para a pergunta 4b)

- ☐ **4a.** Se de 100 fossem tirados 7 quanto restaria? E se tirarmos mais 7?

- ☐ ☐ 93
- ☐ ☐ 86
- ☐ ☐ 79
- ☐ ☐ 72
- ☐ ☐ 65

- ☐ **4b.** Soletre a palavra MUNDO de trás pra frente

- ☐ ☐ O
- ☐ ☐ D
- ☐ ☐ N
- ☐ ☐ U
- ☐ ☐ M

5. Memorização (0-3 pontos):

Peça para o entrevistado repetir as palavras ditas há pouco.

- ☐ ☐ Caneca
- ☐ ☐ Tijolo
- ☐ ☐ Tapete

6. Linguagem (0-2 pontos):

Mostre um relógio e uma caneta e peça para o entrevistado para nomeá-los.

- ☐ ☐ Relógio
- ☐ ☐ Caneta

7. Linguagem (1 ponto):

Solicite ao entrevistado que repita a frase:

- ☐ ☐ NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.

8. Linguagem (0-3 pontos):

Siga uma ordem de 3 estágios:

- ☐ ☐ Pegue esse papel com a mão direita.
- ☐ ☐ Dobre-o no meio.
- ☐ ☐ Coloque-o no chão.

9. Linguagem (1 ponto):

- ☐ ☐ Escreva em um papel: "FECHE OS OLHOS". Peça para o entrevistado ler a ordem e executá-la.

10. Linguagem (1 ponto):

- ☐ ☐ Peça para o entrevistado escrever uma frase completa. A frase deve ter um sujeito e um objeto e deve ter sentido. Ignore a ortografia.

11. Linguagem (1 ponto):

- ☐ ☐ Peça ao entrevistado para copiar o seguinte desenho. Verifique se todos os lados estão preservados e se os lados da intersecção formam um quadrilátero. Tremor e rotação podem ser ignorados.

ANEXO E. Questionário Demográfico, Socioeconômico e Clínico

1. Nome: _____

2. Sexo: feminino () masculino ()

3. Fone: _____

4. Data de nascimento: ____/____/____

5. Idade (em anos completos): _____

6. Faixa etária (em anos):

(1) 60-69

(2) 70-79

(3) 80 e +

7. Qual a última série que você completou na escola?

/____/ SÉRIE DO /_____/ GRAU ____ NENHUMA

(1) analfabeto / primário incompleto

(2) primário completo / ginásial incompleto

(3) ginásial completo / colegial incompleto

(4) colegial completo / superior incompleto

(5) superior completo

8. Raça:

8.1. Qual ou quais das seguintes raças você diria que é a sua raça?

(1) branca (2) negra (3) parda (4) indígena (5) oriental

(6) Não sabe/Não está certo (7) Recusou

8.2. Qual destes grupos você diria que melhor representa sua raça?

(1) branca (2) negra (3) parda (4) indígena (5) oriental

(6) Não sabe/Não está certo (7) Recusou

9. Atualmente qual é o seu estado civil?

(1) solteiro(a) (2) casado(a) (3) vive junto

(4) separado(a)/ desquitado(a)/ divorciado(a) (5) viúvo(a)

10. Atualmente você mora sozinho?

(1) sim (2) não

11. Com quem você mora?

(1) com esposa(o) ou companheira(a) (2) com filho(a)

(3) netos (4) com outro familiar (5) com outro não familiar

12. Qual a alternativa que melhor representa a sua situação?

(1) emprego remunerado

(2) emprego não remunerado, mas trabalhando em casa ou com parentes

(3) desempregado, mas procurando por um trabalho

- (4) desempregado, afastado por motivos de doença.
 (5) aposentado

13. Na sua casa tem:

ITEM	NÃO TEM	TEM			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Aspirador de pó					
Máquina de lavar					
Vídeo cassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

14. Antropometria:

- (1) Peso: _____ kg (2) Altura: _____ m (3) IMC= _____ kg/m²
 (4) CC: _____ cm
 (5) CB: _____ cm

15. Tentativa de perder peso:

15.1. Quanto você pesava há um ano?

- (1) _____ Kg
 (2) O mesmo peso atual
 (3) Não sabe/ Não está certo
 (4) Recusou

15.2. A mudança entre seu peso atual e o seu peso há um ano foi intencional?

- (1) Sim
 (2) Não
 (3) Não sabe/ Não está certo
 (4) Recusou

16. Consumo de frutas e hortaliças:

16.1. Com que frequência você bebe suco de frutas como o de laranja, tangerina ou tomate?

- (1) _____ Por dia
 (2) _____ Por semana
 (3) _____ Por mês
 (4) Nunca
 (5) Não sabe/ Não está certo
 (6) Recusou

16.2. Sem contar o suco, com que frequência você come fruta?

- (1) _____ Por dia
 (2) _____ Por semana
 (3) _____ Por mês

- (4) Nunca
- (5) Não sabe/ Não está certo
- (6) Recusou

16.3. Com que frequência você come salada?

- (1) ___ Por dia
- (2) ___ Por semana
- (3) ___ Por mês
- (4) Nunca
- (5) Não sabe/ Não está certo
- (6) Recusou

16.4. Com que frequência você come batatas sem incluir batatas fritas ou salgadinhos industrializados?

- (1) ___ Por dia
- (2) ___ Por semana
- (3) ___ Por mês
- (4) Nunca
- (5) Não sabe/ Não está certo
- (6) Recusou

16.5. Com que frequência você come cenouras?

- (1) ___ Por dia
- (2) ___ Por semana
- (3) ___ Por mês
- (4) Nunca
- (5) Não sabe/ Não está certo
- (6) Recusou

16.6. Sem contar cenouras, batatas ou salada, quantas porções de legumes você normalmente come?

- (1) ___ Por dia
- (2) ___ Por semana
- (3) ___ Por mês
- (4) Nunca
- (5) Não sabe/ Não está certo
- (6) Recusou

17. Consumo de álcool:

17.1. Durante os últimos 30 dias, você teve ao menos um drinque de alguma bebida alcoólica como cerveja, vinho ou destilados?

- (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/ Não está certo (4) Recusou

17.2. Durante os últimos 30 dias, quantos dias por semana ou por mês você teve ao menos um drinque de alguma bebida alcoólica?

- (1) ___ Dias por semana
- (2) ___ Dias nos últimos 30 dias
- (3) Nenhum drinque nos últimos 30 dias
- (4) Não sabe/ Não está certo
- (5) Recusou

17.3. Um drinque é equivalente a 1 lata de cerveja, 1 taça de 150 ml de vinho ou 1 dose de 50 ml de destilado. Durante os últimos 30 dias, nos dias em que você bebe, em média quantos drinks você bebe?

- (1) ___ Número de drinks
- (2) Não sabe/ Não está certo

(3) Recusou

17.4. Considerando todos os tipos de bebidas alcoólicas, quantas vezes durante os últimos 30 dias você teve 1 ou mais drinques em uma ocasião?

(1) ____ Número de vezes

(2) Nenhum

(3) Não sabe/ Não está certo

(4) Recusou

17.5. Durante os últimos 30 dias, qual foi o maior número de drinques que você teve em qualquer ocasião?

(1) ____ Número de drinques

(2) Não sabe/ Não está certo

(3) Recusou

18. Tabagismo:

18.1. Você já fumou pelo menos 100 cigarros em sua vida?

(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/ Não está certo (4) Recusou

18.2. Atualmente você fuma cigarros todo dia, alguns dias ou de modo nenhum?

(1) Todo dia (2) Alguns dias (3) De modo nenhum

(4) Não sabe/Não está certo (5) Recusou

18.3. Durante os últimos 12 meses, você parou de fumar por um dia ou mais porque você está tentando parar de fumar?

(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/Não está certo (4) Recusou

18.4. Quanto tempo faz que você parou de fumar cigarros regularmente?

(1) No último mês (menos de 1 mês atrás)

(2) Nos últimos 3 meses (1 mês mas menos de 3 meses atrás)

(3) Nos últimos 6 meses (3 meses mas menos de 6 meses atrás)

(4) No último ano (6 meses mas menos de 1 ano atrás)

(5) Nos últimos 5 anos (1 ano mas menos de 5 anos atrás)

(6) Nos últimos 10 anos (5 anos mas menos de 10 anos atrás)

(7) 10 anos ou mais

(8) Nunca fumou regularmente

(9) Não sabe/Não está certo

(10) Recusou

19. Percepção de saúde:

19.1. Você diria que em geral sua saúde é:

(1) Excelente

(2) Muito boa

(3) Boa

(4) Razoável

(5) Ruim

(6) Não sabe/ Não está certo

(7) Recusou

20. Qualidade de vida - Condição funcional:

20.1. Agora pensando sobre sua saúde física, que inclui doença física ou lesão, por quantos dias durante os últimos 30 dias a sua saúde física não estava boa?

(1) ____ Número de dias

(2) Nenhum

(3) Não sabe/ Não está certo

(4) Recusou

20.2. Agora pensando sobre sua saúde mental, que inclui stress, depressão e problemas emocionais, por quantos dias durante os últimos 30 dias a sua saúde mental não estava boa?

(1) ____ Número de dias

(2) Nenhum

(3) Não sabe/ Não está certo

(4) Recusou

20.3. Durante os últimos 30 dias, por quantos dias a sua saúde física ou mental ruim fez com que você deixasse de realizar as suas atividades usuais, como autocuidado, trabalho ou recreação?

(1) ____ Número de dias

(2) Nenhum

(3) Não sabe/ Não está certo

(4) Recusou

21. Pré-Diabetes:

21.1. Você realizou algum teste de glicemia em jejum nos últimos 3 anos?

(1) Sim

(2) Não

(3) Não sabe/ Não está certo

(4) Recusou

21.2. Algum médico ou outro profissional de saúde já disse que você tem pré-diabetes?

(1) Sim

(2) Sim, durante a gravidez

(3) Não

(4) Não sabe/ Não está certo

(5) Recusou

22. Diabetes:

22.1. Algum médico ou outro profissional de saúde já disse que você tem Diabetes?

(1) Sim

(2) Sim, durante a gravidez

(3) Não

(4) Não, pré-diabetes

(5) Não sabe/ Não está certo

(6) Recusou

23. Colesterol:

23.1. Colesterol é uma substância gordurosa encontrada no sangue. Você já realizou exame para avaliar seu nível de colesterol sanguíneo?

(1) Sim

(2) Não

(3) Não sabe/ Não está certo

(4) Recusou

23.2. Há quanto tempo você realizou este exame?

(1) No último ano (menos de 12 meses atrás)

(2) Nos últimos 2 anos (1 ano mas menos de 2 anos atrás)

(3) Nos últimos 5 anos (2 anos mas menos de 5 anos atrás)

- (4) 5 ou mais anos atrás
- (5) Não sabe/ Não está certo
- (6) Recusou

23.3. Algum médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde já disse que seu nível de colesterol no sangue é alto?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe/ Não está certo
- (4) Recusou

24. Doença cardiovascular:

24.1. Algum médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde já disse que você teve um ataque cardíaco, também chamado de infarto do miocárdio?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe/ Não está certo
- (4) Recusou

24.2. Algum médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde já disse que você teve angina ou doença cardíaca coronariana?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe/ Não está certo
- (4) Recusou

24.3. Algum médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde já disse que você teve um derrame, também chamado de acidente vascular encefálico?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe/ Não está certo
- (4) Recusou

24.4. História familiar de doenças cardiovasculares:

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe/ Não está certo
- (4) Recusou

25. Hipertensão Arterial:

25.1. Algum médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde já disse que você tem pressão alta?

- (1) Sim
- (2) Sim, durante a gravidez
- (3) Não
- (4) Não sabe/ Não está certo
- (5) Recusou

25.2. Você está tomando medicamento continuamente para sua pressão alta?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe/ Não está certo
- (4) Recusou

25.3. Qual o medicamento que você usa para controlar a hipertensão arterial?

TEXTUAL _____

- (1) Diurético
- (2) Inibidor Adrenérgico (ação central, alfabloqueador, betabloqueador)
- (3) Bloqueador dos Canais de Cálcio
- (4) Bloqueador do Receptor AT1 da Angiotensina II
- (5) Inibidor da ECA
- (6) Inibidor direto da Renina
- (7) Vasodilatador direto

25.4. Sua pressão arterial (PA) é controlada?

- (1) sim
- (2) não

PA 1: _____ mmHg; PA 2: _____ mmHg; PA 3: _____ mmHg;

25.5. Há quanto tempo você faz tratamento medicamentoso para hipertensão arterial?

- (1) menos de 1 ano (2) 1 ano a 2 anos
- (3) 2 anos a 3 anos (4) mais de 3 anos

25.6. Você está mudando seus hábitos alimentares (para ajudar a controlar ou diminuir sua pressão alta?)

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe/ Não está certo
- (4) Recusou

25.7. Você está reduzindo o sal da alimentação (para ajudar a controlar ou diminuir sua pressão alta?)

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não usa sal
- (4) Não sabe/ Não está certo
- (5) Recusou

25.8. Você está reduzindo o uso de álcool (para ajudar a controlar ou diminuir sua pressão alta?)

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não bebe
- (4) Não sabe/ Não está certo
- (5) Recusou

25.9. Você está fazendo exercícios físicos (para ajudar a controlar ou diminuir sua pressão alta?)

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe/ Não está certo
- (4) Recusou

25.10. Algum médico ou outro profissional de saúde já o orientou a mudar seus hábitos alimentares (para ajudar a controlar ou diminuir sua pressão alta?)

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe/ Não está certo
- (4) Recusou

25.11. Algum médico ou outro profissional de saúde já o orientou a reduzir o sal da alimentação (para ajudar a controlar ou diminuir sua pressão alta?)

- (1) Sim

- (2) Não
- (3) Não usa sal
- (4) Não sabe/ Não está certo
- (5) Recusou

25.12. Algum médico ou outro profissional de saúde já o orientou a reduzir o uso de álcool (para ajudar a controlar ou diminuir sua pressão alta?)

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não bebe
- (4) Não sabe/ Não está certo
- (5) Recusou

25.13. Algum médico ou outro profissional de saúde já o orientou a fazer exercícios físicos (para ajudar a controlar ou diminuir sua pressão alta?)

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe/ Não está certo
- (4) Recusou

26. Uso de medicamentos:

26.1. Qual o número de medicamentos usados nos últimos 03 meses, prescritos e não prescritos (exceto anti-hipertensivos)?

- (1) 0
- (2) 1-2
- (3) 3-4
- (4) 5 ou +

27. Uso de serviços de saúde:

27.1. Qual o número de consultas médicas realizadas nos últimos 12 meses?

- (1) 0
- (2) 1-3
- (3) 4 ou +

27.2. Houve internações hospitalares nos últimos 12 meses?

- (1) 0
- (2) 1
- (3) 2 ou +

27.3. Qual o tempo decorrido após a última medida da pressão arterial?

- (1) mais de 1 ano
- (2) menos de 1 ano

28. Filiação a plano privado de saúde:

- (1) sim
- (2) não

ANEXO F. Questionário de Atividade Física Baecke Modificado (Idosos)

ATIVIDADES DE CASA

1. Você realiza algum trabalho leve em sua casa? (lavar louças, reparar roupas, tirar pó, etc.)

0- nunca (menos de 1 vez por mês)

1- às vezes (somente quando um parceiro ou ajudante não está disponível)

2- quase sempre (às vezes com ajudante)

3- sempre (sozinho ou com ajuda)

2. Você realiza algum trabalho pesado em sua casa? (lavar pisos e janelas, carregar lixos, etc.)

0- nunca (menos de 1 vez por mês)

1- às vezes (somente quando um parceiro ou ajudante não está disponível)

2- quase sempre (às vezes com ajudante)

3- sempre (sozinho ou com ajuda)

3. Para quantas pessoas você mantém a casa, incluindo você mesmo? (preencher 0 se respondeu nunca nas questões 1 e 2)

4. Quantos cômodos você tem que limpar, incluindo cozinha, quarto, garagem, banheiro, etc.? (preencher 0 se respondeu nunca nas questões 1 e 2).

0- nunca faz trabalhos domésticos

1- 1-6 cômodos

2- 7-9 cômodos

3- 10 ou mais cômodos

5. Se limpa algum cômodo, em quantos andares? (preencher 0 se respondeu nunca na questão 4)

6. Você prepara refeições quentes para si mesmo, ou você ajuda a preparar?

0- nunca

1- às vezes (1 ou 2 vezes por semana)

2- quase sempre (3 a 5 vezes por semana)

3- sempre (mais de 5 vezes por semana)

7. Quantos lances de escada você sobe por dia? (1 lance de escadas tem 10 degraus)

0- eu nunca subo escadas

1- 1-5

2- 6-10

3- mais de 10

8. Se você vai para algum lugar em sua cidade, que tipo de transporte utiliza?

0- eu nunca saio

1- carro

2- transporte público

3- bicicleta

4- caminhando

9. Com que frequência você faz compras?

0- nunca ou menos de 1 vez por semana

1- 1 vez por semana

2- 2-4 vezes por semana

3- todos os dias

10. Se você vai para as compras, que tipo de transporte você utiliza?

0- eu nunca vou às compras

1- carro

2- transporte público

3- bicicleta

4- caminhando

ATIVIDADES ESPORTIVAS

Você pratica algum esporte? (bocha, ginástica, natação, hidroginástica, caminhada, etc.)

Esporte 1: _____ Intensidade: _____

Horas por semana: _____

Meses por ano: _____

Esporte 2: _____ Intensidade: _____

Horas por semana: _____

Meses por ano: _____

ATIVIDADES DE LAZER

Você tem alguma atividade de lazer? (tricô, bordados, leitura, assistir TV, passear com o cão, bingo, danças de salão, etc.)

Atividade 1: _____ Intensidade: _____

Horas por semana: _____

Meses por ano: _____

Atividade 2: _____ Intensidade: _____

Horas por semana: _____

Meses por ano: _____

ANEXO G. Códigos da intensidade, horas/semana e meses/ano - para cálculo da pontuação do QBMI

Códigos de Intensidade da Atividade	
1) Deitado, sem movimento	0, 028
2) Sentado, sem movimento	0, 146
3) Sentado, movimentos de mãos e braços	0, 297
4) Sentado, movimentos do corpo	0, 703
5) Em pé, sem movimento	0, 174
6) Em pé, movimentos de mãos e braços	0, 307
7) Em pé, movimentos do corpo, caminhando	0, 890
8) Caminhando, movimentos de mãos e braços	1, 368
9) Caminhando, movimentos do corpo, pedalando, nadando	1, 890

Códigos de horas por semana	
1) Menos que 1 hora por semana	0,5
2) 1 a menos que 2 horas por semana	1,5
3) 2 a menos que 3 horas por semana	2,5
4) 3 a menos que 4 horas por semana	3,5
5) 4 a menos que 5 horas por semana	4,5
6) 5 a menos que 6 horas por semana	5,5
7) 6 a menos que 7 horas por semana	6,5
8) 7 a menos que 8 horas por semana	7,5
9) Mais que 8 horas por semana	8,5

Códigos de meses por ano	
1) Menos que 1 mês por ano	0,04
2) De 1 a 3 meses por ano	0,17
3) De 4 a 6 meses por ano	0,42
4) De 7 a 9 meses por ano	0,67
5) Mais que 9 meses por ano	0,92

ANEXO H. Questionário de Bulpitt e Fletcher: Qualidade de Vida do Paciente Hipertenso

Seção 1

Por favor, assinale a alternativa correspondente à sua resposta ou coloque um número no local apropriado. Ex.: HORAS DE SONO (8).

1. No último mês você sentiu tontura ou teve algum desmaio?
() SIM () NÃO
Se NÃO, por favor, pule para a questão 4.
2. Se SIM, a tontura ou desmaio ocorreram enquanto você estava em pé?
() SIM () NÃO
3. Por quantas horas no dia você sentiu tontura ou desmaio?
() Menos do que uma
() 1 a 2 horas
() mais do que 2 horas
4. No último mês, você se sentiu frequentemente sonolento durante o dia?
() SIM () NÃO
5. Quantas horas, em média, você dorme por dia?
_____ horas
6. No último mês você sentiu fraqueza nas pernas?
() SIM () NÃO
7. Você sentiu a vista turva ou embaçada no último mês?
() SIM () NÃO
8. Você tem falta de ar quando caminha no chão plano, em comparação com pessoas de sua idade?
() SIM () NÃO
9. Seus tornozelos incham no final do dia?
() SIM () NÃO
10. Comparando-se a outros homens e mulheres de sua idade, você tende a caminhar:
() mais lentamente
() mais rapidamente
() no mesmo passo
11. Com que frequência normalmente seus intestinos funcionam?
Coloque o número de vezes por dia () ou número de vezes por semana ()
12. Você apresenta intestino solto ou fezes líquidas com frequência?
() SIM () NÃO
13. No último mês, você ficou com o intestino preso muitas vezes?
() SIM () NÃO
14. Quantas vezes, em média, você levanta durante a noite para urinar?
() 0 () 1 () 2 () + que 2
15. No último mês você tem sentido a boca seca?

☐ SIM ☐ NÃO

Se NÃO, por favor, passe para a questão 17

16. Se SIM, a boca seca atrapalha você para falar ou comer?

☐ SIM ☐ NÃO

17. No último mês você tem sido incomodado por um gosto ruim na boca?

☐ SIM ☐ NÃO

18. No último mês você tem sido incomodado por nariz entupido ou escorrendo?

☐ SIM ☐ NÃO

19. Comparando-se a outras pessoas de sua idade, sua capacidade de concentração é:

☐ melhor que a média

☐ a mesma que a média

☐ pior que a média

20. No último mês você sentiu vermelhidão no seu rosto ou pescoço?

☐ SIM ☐ NÃO

21. Durante o último mês, você foi frequentemente incomodado por sonhos agitados que pareciam reais ou por pesadelos?

☐ SIM ☐ NÃO

22. Durante o último mês, você sentiu enjoo ou vomitou com frequência?

☐ SIM ☐ NÃO

23. Você teve alguma lesão na pele no último mês?

☐ SIM ☐ NÃO

24. Você tem apresentado coceira no último mês?

☐ SIM ☐ NÃO

25. Seus dedos ficam pálidos quando está frio?

☐ SIM ☐ NÃO

Se NÃO, por favor, passe para a questão 27

26. Se SIM, eles ficam doloridos?

☐ SIM ☐ NÃO

27. Você tem sofrido de dor de cabeça no último mês?

☐ SIM ☐ NÃO

Se NÃO, passe para a questão 30

Se SIM, por favor, passe para a questão 28 e 29

28. Com que frequência suas dores de cabeça ocorrem?

☐ 1 ou mais vezes por dia

☐ 1 até 6 vezes por semana

☐ menos que uma vez por semana

29. Em que hora do dia sua dor de cabeça ocorre?

☐ ao acordar pela manhã

☐ durante o dia, sem estar presente quando você acorda

☐ durante a noite

30. Você tem tido tosse seca no último mês?

☐ SIM ☐ NÃO

31. As próximas questões se referem à sua vida sexual. Sabemos que estas questões são de natureza muito pessoal, mas são importantes, pois estamos interessados em todos os aspectos do seu bem-estar e gostaríamos que você as respondesse. Gostaríamos de enfatizar, novamente, que essa informação é confidencial.

Seu interesse em sexo está:

☐ menor

☐ o mesmo ou maior

32. Você tem relações sexuais?

☐ SIM ☐ NÃO

Se NÃO, por favor, pule para a questão 33

Se SIM, por favor, pule para a questão 34

33. Suas razões para não ter relações sexuais são (assinale quantas alternativas forem necessárias)

☐ Falta de interesse

☐ Outra razão relacionada com sua saúde (por favor, especifique)

☐ Outra razão não relacionada com sua saúde (por favor, especifique)

34. Com que frequência você tem relações sexuais?

☐ vezes por semana

☐ vezes por mês ou

☐ vezes por ano

35. Somente para homens

Durante a relação sexual você é incomodado por não conseguir manter uma ereção?

☐ SIM ☐ NÃO

Somente para mulheres

Durante a relação sexual você tem sentido dificuldade para se excitar (ficar molhada/lubrificada)?

☐ SIM ☐ NÃO

Seção 2

36. Por favor, assinale a alternativa que melhor representa a sua situação

☐ emprego remunerado

☐ emprego não remunerado, mas trabalhando em casa ou com parentes

☐ desempregado, mas procurando por um trabalho

☐ desempregado, afastado por motivos de doença

☐ aposentado

37. Se você tem “emprego remunerado”, no último mês quantos dias você faltou devido à sua doença?

() dias () nenhum

38. Se você faltou ao trabalho por motivo de doença, qual foi a razão?

39. Durante o último mês, você tem se sentido incapaz de realizar atividades domésticas habituais devido à sua doença?

() SIM () NÃO

40. Se SIM, por quantos dias você esteve incapacitado de realizar suas atividades habituais devido à doença?

número de dias ()

41. Quais foram as razões pelas quais você esteve incapaz de realizar suas atividades habituais?

42. Você tem alguma atividade de lazer ou divertimento

() SIM () NÃO

43. Se SIM, quais são as suas atividades de lazer ou divertimento?

44. Seu estado de saúde tem interferido nas suas atividades de lazer ou divertimento?

() SIM () NÃO

45. Se SIM, de que maneira?

46. O seu estado de saúde tem interferido de alguma outra maneira na sua vida recentemente?

() SIM () NÃO

Se SIM, de que maneira?