



ARTIGO ORIGINAL

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NO PROGRAMA HIPERDIA

ANALYSIS OF EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF HYPERTENSIVE ELDERLY REGISTERED IN HIPERDIA PROGRAM

ANÁLISIS DE MAYOR PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HIPERTENSIVA REGISTRADO EN PROGRAMA HIPERDIA

Luciane Leal Sousa¹, Eucário Leite Monteiro Alves², Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle³, Eliana Campelo Lago⁴

RESUMO

Objetivo: investigar o perfil epidemiológico de idosos hipertensos cadastrados no programa HiperDia pela Estratégia Saúde da Família. **Método:** estudo descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa. Foram levantados dados secundários registrados no cadastrado do Programa HiperDia, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2012, processados no SPSS versão 20.0. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, CAAE n. 19869113.0.0000.5210. **Resultados:** os resultados indicaram que dos 287 idosos hipertensos cadastrados no programa HiperDia, 68,3% eram do sexo feminino. Entre os formulários pesquisados de idosos hipertensos na Estratégia Saúde da Família, 53,3% dos pesquisados tinham 60 anos; 62,7% eram analfabetos e 44,3% da cor parda. Na presença de complicações, prevaleceu o acidente vascular encefálico no sexo masculino (61,5%) juntamente com as doenças renais (23,1%). **Conclusão:** considera-se a magnitude do problema, reforçando a necessidade de estratégias voltadas para a adoção de hábitos saudáveis entre idosos hipertensos. **Descritores:** Idoso; Hipertensão; Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: to investigate the epidemiological profile of elderly hypertensive patients registered in HiperDia program by the Family Health Strategy. **Method:** a descriptive, retrospective study with a quantitative approach. Secondary data were collected recorded in the registered HiperDia program, from January 2009 to December 2012, processed in SPSS version 20.0. The project was approved by the Research Ethics Committee, CAAE n. 19869113.0.0000.5210. **Results:** the results indicated that of the 287 hypertensives were registered in HiperDia program, 68,3% were female. Among the forms of surveyed hypertensive elderly in the Family Health Strategy, 53,3% of respondents were 60 years; 62,7% were illiterate and 44,3% of the brown color. In the presence of complications prevailed stroke in males (61,5%) with renal disease (23,1%). **Conclusion:** it is considered the magnitude of the problem, reinforcing the need for targeted strategies for the adoption of healthy habits among hypertensives. **Descriptors:** Elderly; Hypertension; Family Health.

RESUMEN

Objetivo: investigar el perfil epidemiológico de los pacientes hipertensos de edad avanzada registrados en el programa HIPERDIA por la Estrategia Salud de la Familia. **Método:** estudio descriptivo, retrospectivo, con un enfoque cuantitativo. Se recopilaron datos secundarios registrados en el programa HIPERDIA registrado, entre enero de 2009 diciembre de 2012, procesados en SPSS versión 20.0. El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación, CAAE n. 19869113.0.0000.5210. **Resultados:** los resultados indicaron que la registrada en 287 hipertensos programa HIPERDIA, el 68,3% eran mujeres. Entre las formas de ancianos hipertensos encuestados en la Estrategia Salud de la Familia, el 53,3% de los encuestados tenían 60 años; 62,7% eran analfabetos y 44,3% del color marrón. En presencia de complicaciones prevaleció accidente cerebrovascular en los hombres (61,5%) con enfermedad renal (23,1%). **Conclusión:** se considera la magnitud del problema, lo que refuerza la necesidad de estrategias específicas para la adopción de hábitos saludables entre los hipertensos. **Descriptor:** Edad Avanzada; Hipertensión; Salud de la Familia.

¹Enfermeira, Pós-Graduação em Auditoria em Serviços de Saúde, Mestranda Profissional em Saúde da Família, Centro de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí. Teresina (PI), Brasil. E-mail: lucianeleal79@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí/UFPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: andreiarcmvalle@hotmail.com; ³Médico, Professor Doutor em Medicina Cirurgia Torácica e Cardiovascular, Centro Universitário UNINOVAFAP. Teresina (PI), Brasil. E-mail: ealves@uninovafapi.edu.br; ⁴Enfermeira e Odontóloga, Professora Doutora em Biotecnologia, Programa de Mestrado em Saúde da Família, Centro Universitário UNINOVAFAP. Teresina (PI), Brasil. E-mail: eliana@uninovafapi.edu.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Estima-se que, para o ano de 2050, existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento.¹

No Brasil, nas últimas décadas, iniciou-se um processo de inversão na característica populacional, tendo havido um decréscimo nas taxas de natalidade e mortalidade, o que ocasionou o aumento da população da faixa etária de 60 anos ou mais. Esse processo vem ocorrendo devido à diminuição relativa do contingente populacional nas faixas etárias mais jovens de zero a 14 anos, à ampliação da população na faixa etária de 15 a 59 anos e ao acréscimo na faixa de 60 anos ou mais.²

Com o envelhecimento populacional, tem-se um aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes e uma mudança de paradigma na saúde pública. Devido à relevância desse problema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o Relatório Mundial para Cuidados Inovadores para Condições Crônicas, o presente relatório representa um passo importante para o preparo dos responsáveis pela elaboração de políticas, dos planejadores do setor de saúde e de outros agentes relevantes para o empreendimento de ações que visem à redução das ameaças impostas pelas condições crônicas à população.²

Os idosos constituem o segmento que mais cresce na população brasileira. Estudos epidemiológicos sobre as condições e determinantes da saúde do idoso são fundamentais para subsidiar políticas de saúde voltadas a essa população. Assim, investigar o perfil epidemiológico de idosos hipertensos pode descrever a frequência, distribuição, padrão e tendência temporal de eventos ligados à saúde em populações específicas e/ou subpopulações, demonstrando a presença de complicações. Entre as pessoas idosas, a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% da população nessa faixa etária. É um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares,

cerebrovasculares e renais crônicas. É responsável por, pelo menos, 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronariana.¹

No Brasil, a prevalência estimada de hipertensão atualmente é de 35% da população acima de 40 anos. Isso representa em números absolutos um total de 17 milhões de portadores da doença, segundo estimativa de 2004 do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). Cerca de 75% dessas pessoas recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na Atenção Básica. Para atender os portadores de hipertensão, o Ministério da Saúde possui o Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HiperDia). O HiperDia compreende um conjunto de ações em promoção à saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos da hipertensão. O objetivo é reduzir o número de internações, a procura por pronto-atendimento, os gastos com tratamentos de complicações, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular, com a consequente melhoria da qualidade de vida dos portadores.³

No Piauí, a hipertensão arterial atinge 290 mil habitantes, sendo que 43 mil têm além da hipertensão o diabetes. Estes dados foram revelados pela Secretaria Estadual de Saúde e engloba a população com mais de 40 anos, refletindo o estilo de vida do piauiense, que tem uma má alimentação e não pratica exercícios regularmente.⁴

Nos últimos anos, a Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto política pública nacional, tem-se destacado como estratégia de reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, por meio dos seus principais objetivos que são: a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde. Em muitos Estados, o trabalho da ESF permite o conhecimento da realidade social, realizando cobertura sobre as condições socioeconômica, alimentar, sanitária, bem como a estrutura familiar dos indivíduos com hipertensão e diabetes, facilitando a atuação da equipe nos determinantes do processo saúde-doença. Além disso, a estratégia detecta as dificuldades que impedem maior adesão ao tratamento e busca a formação de parcerias para disseminar a importância do cuidado aos pacientes e seus familiares. Essas atividades proporcionam o vínculo entre os pacientes e a ESF.⁵

Uma das ferramentas utilizada na ESF é o Sistema HiperDia, criado pelo Ministério da Saúde. O programa foi desenvolvido com os

objetivos principais de permitir o monitoramento dos pacientes atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS) e de gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de maneira sistemática a esses pacientes. Esse sistema tem como um dos benefícios o conhecimento do perfil epidemiológico da hipertensão arterial e da população, além de favorecer um controle adequado e rigoroso ao tratamento.⁶

O processo de envelhecimento é conhecido como senescência e resulta de uma interação complexa de fatores genéticos, metabólicos, hormonais, imunológicos e estruturais, agindo sobre níveis moleculares, celulares, histológicos e orgânicos.⁷

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. No Brasil, houve um aumento de 8,8% para 11,1% de idosos, entre os anos de 1998 e 2008. Atualmente, estima-se que existam no país 21 milhões de sujeitos com 60 anos ou mais.⁸

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como “[...] um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”. O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos a senescência que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência à senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo¹.

Para a Organização das Nações Unidas (ONU), o ser idoso difere entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Nos primeiros, são consideradas idosas as pessoas com 65 anos ou mais, enquanto nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, são idosos aqueles com 60 anos ou mais. Essa definição foi estabelecida pela ONU, em 1982, por meio da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o envelhecimento da população.²

Para a definição de população idosa, podemos utilizar a idade funcional, que avalia a idade de acordo com o desempenho funcional, ou a idade cronológica, que consiste nos anos vividos desde o nascimento. O método cronológico é o mais utilizado, por ser o mais fácil; no entanto, não é o mais eficaz. Como exemplo, pode-se comparar duas pessoas com a mesma idade cronológica e observar muitas discrepâncias funcionais, físicas, mentais e de saúde entre elas.

Estima-se que pelo menos 65% dos idosos brasileiros são hipertensos. A maioria apresenta elevação isolada ou predominante da pressão sistólica, aumentando a pressão de pulso, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares. Para o tratamento do idoso hipertenso, além da estratificação de risco, é fundamental a avaliação de comorbidades e do uso de medicamentos. O objetivo do tratamento é a redução gradual da pressão arterial para níveis abaixo de 140/90 mmHg. Em alguns pacientes muito idosos, é difícil reduzir a pressão abaixo de 140 mmHg, mesmo com boa adesão e múltiplos agentes. Nesses casos, afastada causas secundárias, pode-se aceitar reduções menos acentuadas de pressão arterial sistólica (por exemplo, 160 mmHg).⁹

Estudo mostra que o tratamento da hipertensão no idoso reduz a incidência de déficit cognitivo. Hipertensos com mais de 80 anos e com cardiopatia associada devem ser tratados. Por outro lado, a terapia farmacológica de idosos com mais de 80 anos e sem comorbidades cardiovasculares ainda está sob investigação, mas provavelmente confere proteção cardiovascular.⁹

A hipertensão arterial é o principal fator de risco para a mortalidade e a terceira causa mais importante de anos de vida com incapacidade no mundo. A sua prevalência global é de 26% na população adulta, com projeções crescentes nas próximas décadas. O risco de desenvolver hipertensão arterial aumenta com a idade, sendo a doença crônica mais comum em idosos, com prevalência igual ou superior a 60% em países desenvolvidos.¹⁴

Com o desenvolvimento da hipertensão, a elevação dos níveis pressóricos tende a ocorrer principalmente no período diurno, havendo assim uma predisposição para o desenvolvimento de agravos e consequências prejudiciais à saúde, como por exemplo, a desregulação de fatores que influenciam no sistema cardiovascular.¹⁸

O infarto agudo do miocárdio como também o acidente vascular encefálico são alguns dos agravos que tendem a ocorrer

principalmente durante esse período do dia, levando a crer que a progressão da pressão arterial pode perder o controle quando o paciente que faz o uso correto da medicação deixa de usa-la, estando o mesmo praticando ou não alguma atividade física.¹⁹

O tratamento farmacológico é indicado para hipertensos moderados e graves, e para aqueles com fatores de riscos para doenças cardiovasculares e/ou lesão importante de órgãos-alvo. No entanto, poucos hipertensos conseguem o controle ideal da pressão com um único agente terapêutico e, muitas vezes, faz-se necessária a terapia combinada, principalmente em indivíduos idosos e com comorbidades relevantes. A terapia medicamentosa, apesar de eficaz na redução dos valores pressóricos, da morbidade e da mortalidade, tem alto custo e pode ter efeitos colaterais, motivando o abandono do tratamento.¹²

Nas intervenções não farmacológicas, tem sido apontado na literatura pelo baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da pressão arterial. Entre elas estão: a redução do peso corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física.

Considerando que a hipertensão apresenta grande morbidade, com altos custos envolvidos no seu tratamento, espera-se que, com o controle adequado da pressão, haja redução dos índices de mortalidade e morbidade e dos custos correlacionados a essa doença.¹⁰

O Programa HiperDia soma-se às ações dos trabalhadores de saúde, e tem como proposta a prevenção de complicações decorrentes da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo prescrito pelo médico. Quando este fato está relacionado à falta de recursos financeiros para aquisição de medicamentos, o Programa possibilita aos usuários cadastrados, o acesso a medicamentos de forma gratuita e o acompanhamento médico.

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso a seguir o tratamento.¹¹

Estas variações de pressão arterial que ocorrem no momento da visita domiciliar não podem ser consideradas como um valor mantido para o fechamento do diagnóstico de Hipertensão. Deve haver um conjunto de ações específicas que evidenciem de fato a presença de tal patologia.²⁰

Diante do exposto, faz-se necessário a elaboração e execução de estratégias que visem analisar o perfil de pacientes idosos hipertensos cadastrados no programa HiperDia, bem como de proporcionar a esses usuários uma melhor qualidade de vida e de assistência à saúde, tendo em vista que os resultados poderão contribuir futuramente para a melhoria de qualidade da assistência prestada a esse grupo.

Este estudo tem como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico dos idosos hipertensos cadastrados no programa HiperDia na Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Estudo descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado no município de Alto Longá, situado no Estado do Piauí, com seis Unidades Básicas de Saúde na Estratégia Saúde da Família. Estão cadastrados no programa HiperDia 1.099 pacientes, de acordo com os relatórios do município, não sendo identificada a classificação da quantidade específica de hipertensos e diabéticos.

Os prontuários utilizados para a pesquisa foram de pacientes que residiram/residem na área, e que procuraram a unidade básica para a consulta, no período entre janeiro de 2009 a dezembro de 2012.

Os critérios de inclusão foram: idade igual ou acima de 60 anos, ser cadastrado no programa HiperDia, no local do estudo entre os anos de 2009 a 2012. Dentre os critérios de exclusão: ser hipertenso e diabético ao mesmo tempo, pacientes que não estejam cadastrados no programa HiperDia no local de estudo ou período anterior ao determinado. Ter menos de 60 anos.

Para representar a amostra foram pesquisados 287 prontuários de idosos. Coletado através de uma amostragem probabilística do tipo casual simples e calculado. Considerando um nível de confiança de 95%, o que determina um $Z = 1,96$, uma margem de erro de 5% e o parâmetro de $0,25^{12}$.

Os dados foram processados no *Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS)* versão 20.0. A análise univariada através de gráficos, tabelas de frequências, médias e intervalos de confiança. Para análise bivariada, utilizou-se o teste Qui-quadrado ou teste de Fisher e, para comparar os anos, foi utilizado o teste da razão de verossimilhança.

Ressalta-se que a pesquisa foi desenvolvida de acordo com os dispositivos da resolução 466/12 n. IV. 8, do Conselho Nacional de

Saúde.

Sendo reservado o direito de confidencialidade e garantido a privacidade, proteção de imagem dos prontuários. A pesquisa apresenta riscos de se perder informações importantes ou mesmo que ocorra vazamento. Mas foram tomadas precauções para que isso não ocorra.

Por se tratar de uma pesquisa que envolva dados de seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UNINOVAFAPI, CAAE n. 19869113.0.0000.5210 para a aprovação, e encaminhado para a Secretária de Saúde do Município de Alto Longá - PI.

RESULTADOS

Foram analisados dados de 287 idosos hipertensos cadastrados no programa HiperDia, sendo desses 196 (68,3%) do sexo feminino e 91 (31,7%) do sexo masculino.

Na Figura 1, a maior prevalência de idosos hipertensos é em 2009 (131), conforme teste ($p < 0,05$). Segundo a análise dos dados, prevalece o sexo feminino com Hipertensão Arterial Sistêmica e o ano de 2009 com o maior número de cadastro no programa HiperDia em ambos os sexos. Isso pode ter ocorrido por se tratar do ano de renovação do cadastro no programa no referido município.

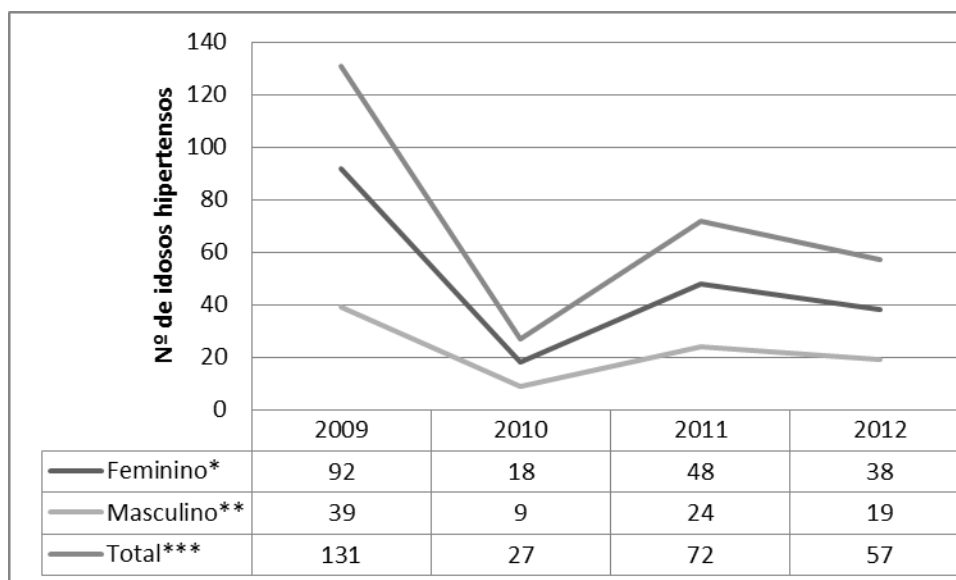


Figura 1. Número de idosos hipertensos segundo o ano e sexo no período de 2009 a 2012. Alto Longá, Piauí, 2014.

*Teste da razão de verossimilhança para sexo feminino ($p < 0,001$).

**Teste da razão de verossimilhança para sexo masculino ($p < 0,001$).

***Teste da razão de verossimilhança para o total ($p < 0,001$).

Entre os formulários pesquisados de idosos hipertensos na Estratégia Saúde da Família, 53,3% dos pesquisados tinham 60 anos; 62,7% eram analfabetos e 44,3% da cor parda (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil epidemiológico de idosos hipertensos segundo sexo, idade, escolaridade e raça no período de 2009 a 2012. Alto Longá, Piauí, 2014.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	196	68,3
Masculino	91	31,7
Idade		
De 60 anos	153	53,3
Acima de 60 anos	134	46,7
Escolaridade		
Sem estudos	180	62,7
Alfabetizado	68	23,7
Fundamental incompleto	27	9,4
Fundamental completo	11	3,8
Médio incompleto	1	0,4
Raça/Cor		
Branca	76	26,5
Preta	64	22,3
Amarela	15	5,2
Parda	127	44,3
Indígena	5	1,7

Conforme Tabela 2, existe relação entre o sexo, presença de complicações e fatores de risco, pelos testes de Fisher e Qui-quadrado. Observa-se que apesar de mínima a presença

de acidente vascular cerebral (AVC), foi a principal complicação que prevaleceu em ambos os sexos, juntamente com as coronariopatias.

Tabela 2. Presença de complicações e fatores de risco em idosos hipertensos segundo o sexo no período de 2009 a 2012. Alto Longá, Piauí, 2014.

Variáveis	Sexo		P
	Feminino	Masculino	
	n (%)	n (%)	
Presença de complicações			
AVC	6 (75,0)	8 (61,5)	0,042**
Coronariopatias	2 (25,0)	2 (15,4)	
Doenças renais	0 (0,0)	3 (23,1)	
Fatores de risco			
Sedentarismo	116 (45,8)	53 (45,7)	0,035*
Antecedentes familiares cardiovasculares	65 (25,7)	30 (25,9)	
Sobrepeso/obesidade	47 (18,6)	11 (9,4)	
Tabagismo	25 (9,9)	22 (19,0)	

*Teste Qui-quadrado significativo ($p < 0,05$).

**Teste de Fisher significativo ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

A possibilidade de subnotificação em 2010 torna a situação de saúde dos idosos pesquisados ainda mais preocupante, pois as prevalências observadas foram baixas, comparada com os demais anos. Ressalta-se, também, a possibilidade de causalidade reversa, típica nos estudos transversais, que não permite estabelecer com segurança os vínculos causais entre os eventos conforme Figura 1. Entre os anos de 2011 a 2012, o número de cadastro de idosos hipertensos se mostra estabelecidos.

No que tange ao sexo, observou-se na análise univariada que mulheres apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial que os homens, assim como verificado em outros estudos para essa faixa etária. As mulheres geralmente têm maior percepção das doenças, apresentam maior tendência para o autocuidado e buscam mais assistência médica do que os homens, o que tenderia a aumentar a probabilidade de ter a hipertensão arterial diagnosticada.¹³

Observou-se maior prevalência de hipertensão arterial no estrato inferior de escolaridade. As pesquisas apontam que os indivíduos com inserção socioeconômica desfavorável estariam mais propensos à depressão e ao estresse crônico causado pelas dificuldades cotidianas, aumentando os níveis de catecolaminas e, conseqüentemente, a frequência cardíaca e a pressão arterial.¹³

Os idosos constituem importante grupo de risco para complicações vasculares relacionadas à hipertensão arterial sistêmica, e 85% dos AVCs ocorrem nesta população. O AVC ainda é uma das principais causas de

dependência funcional nesse grupo, além de levar a complicações relevantes.¹⁴

A concomitância de fatores de risco cardiovascular predomina entre hipertensos. Nos Estados Unidos, em estudo 19% dos hipertensos apresentam hipertensão arterial não acompanhada de outros fatores de risco, ao passo que 30% apresentavam três ou mais desses fatores. Resultados semelhantes foram observados no Brasil entre participantes do estudo de Bambuí (MG). Entre hipertensos, 7% apresentavam hipertensão não acompanhada de outros fatores de risco, enquanto 41% apresentavam três ou mais desses fatores.¹⁵

A presença de complicações renais é maior no sexo masculino (23,1%), ou seja, não aderem ao tratamento. A hipertensão arterial e a doença renal estão intimamente relacionadas. Caso a pressão elevada não seja controlada pode haver dano renal. A hipertensão arterial é uma das principais causas da insuficiência renal no mundo. As doenças renais nos idosos apresentam maiores taxas de repercussões clínicas porque sua reserva funcional é menor.¹⁶

Se considerarmos que existiam 116 mulheres hipertensas, então (45,8%) delas eram sedentárias. Considerando 53 homens hipertensos, então (45,7%) eram sedentários. Portanto, o sedentarismo prevaleceu entre as mulheres. Dentre os fatores de risco, sedentarismo, obesidade e antecedentes familiares prevaleceram nas mulheres, enquanto que o tabagismo está mais presentes nos homens. A associação entre as variáveis do fator de risco dos idosos hipertensos, entre ambos os sexos, o sedentarismo foi o que mais prevaleceu, sendo o sexo feminino com 18,6%, conforme a Tabela 2.

A obesidade ou o excesso de peso têm sido descritos como fator de risco para o envelhecimento malsucedido em vários estudos. Pessoas com excesso de peso têm maior probabilidade de desenvolver hipertensão, diabetes do tipo 2 e fatores de riscos para outras condições crônicas, tais como dislipidemia.¹⁵

Quanto ao tabagismo, estudos indicam que o hábito do tabagismo atual ou anterior aumenta em 9,9% a chance de hipertensão arterial referida em idosos. O fumo agrava as doenças do coração porque aumenta a aterosclerose.¹⁷

A hipertensão é uma condição muito prevalente que contribui para efeitos adversos na saúde, incluindo, entre outras, mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral.

Assim, a HAS constitui um dos principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constituem agravos de saúde pública onde cerca de 60 a 80% dos casos pode ser tratados na rede básica.¹¹

Com a maior concentração de idosos na população, observou-se o aumento na incidência de doenças crônico-degenerativas, que podem ser acompanhadas por sequelas, que limitam o desempenho funcional e geram dependência. Aproximadamente 80% dos sujeitos acima de 65 anos apresentam, pelo menos, um problema crônico de saúde e 10%, no mínimo, cinco. A presença de múltiplas doenças com diferentes graus de gravidade pode influenciar no desempenho das atividades da vida diária.⁸

A qualidade de vida da população de idosos traz informações que podem ser utilizadas para avaliar a eficácia de alguns tratamentos de doenças crônicas como a hipertensão. Os agravos à saúde e o impacto físico e psicossocial na vida dos indivíduos, podem ser mensuradas através de certos instrumentos, oferecendo aos mesmos a oportunidade de modificar seus hábitos de vida através da percepção do seu próprio estado geral de saúde.²¹

Pode-se observar que houve transformações quanto à incidência e à prevalência das doenças, bem como quanto às principais causas de morte. No Brasil, os altos índices de óbitos causados por doenças crônicas decorrem do estágio atual da transição demográfico/epidemiológica pela qual passa a população brasileira, resultando no envelhecimento populacional. Tais mudanças permitem que aspirem a uma vida mais longa, sem preocupação com limitações,

incapacidades e dependências, próprias do envelhecimento.

CONCLUSÃO

A hipertensão arterial é mais prevalente em determinados subgrupos da população como os idosos do sexo feminino, de menor escolaridade, sobrepeso/obesidade. Ainda que as políticas públicas devam contemplar a todos, atenção especial deve ser voltada para os subgrupos mais vulneráveis, tanto para as ações de prevenção, de controle da hipertensão, assim como para as de promoção à saúde.

Dentre os fatores de risco para doenças cardiovasculares, encontram-se os modificáveis, como o excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, fatores ambientais e os não modificáveis são a idade, gênero e etnia, genética.

A hipertensão arterial (HA) é apontada como fator de risco para complicações e doenças cardiovasculares na sociedade atual, tais como morte súbita, edema agudo de pulmão, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE), explicando 54% das mortes por acidente vascular encefálico e 47% daquelas por doença isquêmica do coração.

Considera-se que os objetivos estabelecidos para este estudo foram alcançados visto que foi possível conhecer parte da realidade dos idosos cadastrados pelo Programa HiperDia, com ênfase nas suas características sociais, econômicas e epidemiológicas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Meireles VC, Matsuda LM, Coimbra JAH, Mathias TAF. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. Saúde soc [Internet]. 2007 [cited 2014 Jan 12];16(1):69-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000100007>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde; 2001 [cited 14 Jan 2014]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23616
4. Castro ABS, Gilmara AM, Pereira VF. Sertão MAL. Observatório Epidemiológico [Internet]. 2011 [cited 2014 Jan 12];2(37):[about 5 p.]. Available from: <http://www.ceut.com.br/observatorio/edicao%2037.pdf>

5. Miranzi SDSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GDA, Miranzi MAS. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2008 [cited 2014 Mar 16];17(4): 672-79. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400007>
6. Ferreira CLRA, Ferreira MG. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. *Arq Bras Endocrinol Metab* [Internet]. 2009 [cited 2013 Oct 23];53(1):80-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302009000100012>
7. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. *Desenvolvimento humano*. 1th ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
8. Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto contexto enferm* [Internet]. 2012 Jan/Mar [cited 2014 Jan 12]; 21 (1): 112-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a13v21n1.pdf>
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Silva TR, Feldmam C, Lima MHA, Nobre MRC, Domingues RZ. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. *Saúde soc* [Internet]. 2006 Sept/Dec [cited 2014 Mar 2];15(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000300015>
11. Brasil. Ministério da Saúde. *Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo*. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
12. Bolfarine H, Bussab W. *Elementos de Amostragem*. Edgard Blucher; 2005.
13. Zaitune MPA, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2006 [cited 2014 Jan 12];2:285-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/06.pdf>
14. Miranda RD, Perrotti TC, Bellinazzi VR, Nóbrega TM, Cendoroglo MS, Toniolo Neto J. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. *Rev Bras Hipertens* [Internet]. 2002 [cited 2014 Jan 12];9:293-300. Available from: <file:///C:/Users/Girlene%20Ribeiro/Downloads/0c960528d584b844da000000.pdf>
15. Costa MFFL, Peixoto SV, César CC, Malta DC, Moura EC. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2009 [cited 2014 Feb 12];43 (2):18-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao793.pdf>
16. Oliveira CMJ, Costa RS, Vieira Neto OM, Dantas RAS, Moysés Neto M, Romão EA, et al. Doenças renais em pacientes idosos submetidos à biópsia percutânea de rins nativos. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2010 [cited 19 Feb 2014];32:4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002010000400008&script=sci_arttext
17. Romero AD, Silva MJD, Silva ARVD, Freitas RWJFD, Damasceno MMC. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade de saúde da família. *Rev Rene* [Internet]. 2010 [cited 2014 Feb 12];11(2):1-212. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_html_site/a08v11n2.htm
18. Verdecchia P, Angeli F, Mazzotta G, Garofoli M, Ramundo E, Gentile G. Day-Night Dip and Early-Morning Surge in Blood Pressure in Hypertension: Prognostic Implications. *Hypertension*. 2012; 60:34-42; originally published online May 14, 2011.
19. Fagard RH, Celis H, Thijs L, Staessen JA, Clement DL, De Buyzere ML, De Bacquer DA. Daytime and nighttime blood pressure as predictors of death and cause-specific cardiovascular events in hypertension. *Hypertension*. 2008;51:55-61.
20. Shimbo D, Newman JD, Aragaki AK, LaMonte MJ, Bavry AA, Allison M, et al. Association between annual visit-to-visit blood pressure variability and stroke in postmenopausal women: data from the Woman's Health Initiative. *Hypertension*. 2012; 60:625-630.
21. Pacheco LR, Lima MCC, Nogueira ALG, Barbosa MA. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2009 July [cited 2012 Nov 10];3(3):711. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/198>

Submissão: 08/09/2015

Aceito: 04/10/2015

Publicado: 15/04/2016

Correspondência

Eliana Campelo Lago
 Centro Universitário UNINOVAFAPI
 Programa de Pós Graduação Mestrado
 Profissional em Saúde da Família
 Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
 Bairro Uruguai
 CEP 64073-505 – Teresina (PI), Brasil