

# Hipertensão arterial em idosos atendidos em uma unidade ambulatorial

## Hypertension in elderly patients in an outpatient clinic

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha<sup>1</sup>

### Resumo

Este trabalho teve como objetivo estudar a hipertensão arterial em idosos de uma unidade ambulatorial de saúde no Distrito do Coroadinho, na cidade de São Luís- Maranhão. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, com uma amostra composta de pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, moradores do Distrito do Coroadinho, participantes do projeto "Assistência à Saúde no Envelhecimento no Distrito do Coroadinho" e cadastrados no programa HIPERDIA. A análise dos dados foi referente a 60 indivíduos com sessenta anos ou mais. Os resultados apontam que a maioria dos idosos hipertensos era do sexo feminino (65%), com idade inferior a 70 anos (63,3%), miscigenado (91,7%); com escolaridade de até 4 anos (71,7%), destes 36,7% analfabetos, com renda familiar de até 2,5 salários (81,7%). Com relação aos dados antropométricos, a maioria estava com obesidade e/ou sobrepeso (65%), com a realização de atividades físicas abaixo de 3 vezes por semana (81,7%), e consumo de frutas e hortaliças inferior a 5 porções diárias (95%). Os resultados apontam que (86,7%) dos entrevistados comparecem ao serviço de saúde regularmente, aderindo ao tratamento medicamentoso (75%). Cabe, portanto, aos profissionais implementar ações específicas de cuidado à saúde do idoso, portador de hipertensão arterial, orientando-o para um novo conviver com a terapêutica indicada e possibilitando a compreensão de todo o contexto que a envolve.

### Abstract

This work was to study hypertension in elderly outpatient unit of health in the District of Coroadinho, in São Luís-Maranhão... It is a descriptive study of type, with a composite sample of persons aged greater than or equal to 60 years, residents of the District of Coroadinho, participants of the project "Assistance to health in Aging in the District of Coroadinho" and registered in the program HIPERDIA. Data analysis was referring to 60 individuals with sixty years or more. The results suggest that most elderly hypertensive was female (65%) below the age of 70 years (63.3%), Mongrel (91.7%); with schooling up to 4 years (71.7%), these 36.7% illiterate, with household income of up to 2.5 salaries (81.7%). With respect to the anthropometric data, most were with obesity and/or overweight (65%), with the completion of physical activities below 3 times per week (81.7%), and consumption of fruits and vegetables less than 5 servings per day (95%). The results suggest that 86.7% of respondents attend regular health service, adhering to drug treatment (75%). It is therefore up to the professionals implement specific actions health care for the elderly, bearer of hypertension, guiding it to a new deal with the treatment indicated and allowing an understanding of the whole context that surrounds it.

**Descritores:** Hipertensão. Saúde do Idoso. Hipertensão.

**Keywords:** Hypertension. Health of older people. Hypertension.

---

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

Para correspondência:  
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha  
E-mail: leocunhama@gmail.com

Data da Submissão: 04/04/2014  
Data do Aceite: 20/04/2014

## Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares<sup>1</sup>.

O perfil de saúde da população brasileira no contexto da transição epidemiológica foi retratado e vários autores mostraram que as doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis por 66,3% da carga de doença no país, enquanto as infecciosas somaram 23,5% e as causas externas, 10,2%<sup>2</sup>.

Aproximadamente 90% dos adultos com mais de 65 anos de idade apresentam pelo menos uma condição de saúde crônica, sendo as condições crônicas mais de quatro vezes mais comuns entre idosos que nos outros grupos etários. O efeito das condições crônicas sobre as vidas dos idosos varia muito, mas em geral, essas condições diminuem o bem estar e ameaçam a independência<sup>3</sup>.

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Em nosso país, as Doenças Cardiovasculares (DCV) têm sido a principal causa de morte, sendo a HAS responsável por 12,8% dos óbitos. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular, sendo que em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório<sup>1</sup>.

Entre as pessoas idosas, hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas 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 não deve ser considerada, uma consequência normal do envelhecimento<sup>4</sup>.

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de pressão arterial maior ou igual 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de

32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos<sup>1</sup>.

Em idosos, 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 co-morbidades 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. Nestes casos, afastada causas secundárias, pode-se aceitar reduções menos acentuadas de pressão arterial sistólica (por exemplo, 160 mmHg)<sup>5</sup>.

Vários estudos e pesquisas científicas mostraram como alguns fatores, inclusive hábitos de vida ou co-morbidades, podem contribuir para o aparecimento de hipertensão em idosos, e afirma que foi estabelecida uma ligação entre estilo de vida sedentário, tabagismo, consumo de álcool, diabetes mellitus, obesidade e hipercolesterolemia com elevados valores para a pressão arterial. Todos esses fatores contribuem para o fato de 65% a 70% dos indivíduos com 60 anos de idade ou mais sofrerem dessa síndrome de origem multifatorial, criando a possibilidade de anormalidades cardiovasculares e metabólicas que podem levar a alterações funcionais e/ou estruturais em diversos órgãos, principalmente no coração, cérebro, rins e vasos periféricos<sup>6</sup>.

Além disso, como a morbidade e a mortalidade aumentam com a idade, e a hipertensão está relacionada a esta situação, os riscos atribuíveis associados a esses comportamentos são altos nas faixas etárias superiores. Dessa forma, embora as intervenções para melhora desses comportamentos tenham maior impacto quando voltadas para as populações jovens e de meia idade, as mudanças em idades mais avançadas trazem evidentes benefícios para a saúde<sup>7</sup>.

O objetivo básico do tratamento da hipertensão arterial é reduzir a taxa de morbimortalidade por doença cardiovascular associado à elevação da pressão arterial melhorando a qualidade de vida; aumentando a aderência do cliente ao tratamento adotando bons hábitos de higiene-dietéticos e de estilo adequado de vida; e integrando e /ou reintegrando o cliente na sociedade<sup>8</sup>.

É imperativo investigar as causas e

otimizar o tratamento anti-hipertensivo adequado. Apesar do aumento no volume de pesquisas sobre os tratamentos mais adequados para a hipertensão, com um crescente número de artigos originais ou revisões na literatura que ajudam a entender a síndrome hipertensiva em idosos, existe uma grande lacuna entre o diagnóstico e a efetividade no tratamento dessa doença.

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 como fazê-lo seguir o tratamento. É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras co-morbidades, como diabete, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada<sup>5</sup>.

Pelo exposto, percebe-se a importância de uma ação efetiva dos profissionais, em especial, dos profissionais de Enfermagem nos cuidados aos idosos hipertensos, já que é notável o aumento significativo dessa população no Brasil e no mundo, acarretando para o governo sérios gastos, caso a política pública implantada ao idoso, não funcionem de forma preventiva e resolutiva, principalmente nas unidades básicas de saúde, locais mais próximos e de melhor acesso desse usuário. Contudo, é necessário avaliar de forma correta a pressão arterial, observando as particularidades de cada idoso e o contexto político, social, cultural e econômico em qual estão inseridos, podendo influenciar significativamente nos valores da pressão arterial dessa população. Na prática da enfermagem, há a necessidade de intervenções contínuas na educação em saúde com intuito de reduzir os agravos provocados e/ou associados a pressão arterial elevada.

Para tanto, a orientação do idoso abrange as informações sobre medicamentos, monitoração da pressão arterial, nutrição, técnicas de redução do estresse e os sintomas que indicam a

necessidade de cuidado de emergência<sup>3</sup>.

O estudo do assunto se deu por participar como bolsista do projeto de extensão em saúde do idoso no Distrito do Coroadinho, onde tive a oportunidade de realizar consultas de Enfermagem, visitas domiciliares, avaliação física e funcional dos idosos, palestras educativas, imunização, treinamentos, cursos de capacitação de cuidadores, passeios e confraternizações associado ao fato da importância das minhas experiências com os idosos hipertensos durante o estágio curricular da disciplina de Saúde Pública.

## Metodologia

A amostra foi composta por 60 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, moradores do Distrito do Coroadinho, participantes do projeto "Assistência à Saúde no Envelhecimento no Distrito do Coroadinho" e cadastrados no programa HIPERDIA. Foram incluídos os idosos que compareceram a unidade de saúde no turno vespertino em dias planejados durante 2 meses de coleta, de abril a maio de 2011 e excluídos os idosos representados por acompanhantes e que não podiam locomover-se.

A coleta de dados realizou-se na Unidade Mista do Coroadinho e algumas questões partiram de um questionário utilizado no projeto de extensão da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) supracitado, e este com questões abertas e fechadas, apresentando variáveis biossociais, demográficas e econômicas (nome, sexo, idade, cor, número de moradores, escolaridade, renda e atividade ocupacional), comorbidades (obesidade, alcoolismo, tabagismo, diabetes e hipercolesterolemia), condutas e tratamentos utilizados.

Os dados foram digitados e analisados no programa Epi-Info 2008, versão 3.5.1. Organizados em tabelas para melhor compreensão dos dados.

Inicialmente o Plano de trabalho foi encaminhado à Coordenação Colegiada do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (apêndice B), para solicitação de consentimento da realização da pesquisa, bem como ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão para análise. Após ser aprovado com o parecer consubstanciado nº 074/11, deu-se início a abordagem dos idosos, quanto ao aceite em participar do estudo, mediante a assinatura do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por escrito.

Foram levados à Instituição de Saúde mencionada um ofício juntamente com o projeto de pesquisa à diretoria, solicitando a autorização para a realização do estudo e para a identificação da Instituição de Saúde no relatório final.

## Resultados e discussão

Quanto ao sexo, observou-se na análise que mulheres 39 (65%) apresentaram-se em maior número que os homens 21 (35%), assim como verificado em outros estudos para essa faixa etária (tabela 1). As mulheres geralmente têm maior percepção das doenças, apresentam maior tendência para o autocuidado e buscam mais a assistência médica do que os homens, o que tenderia a aumentar a probabilidade de ter a hipertensão arterial diagnosticada<sup>9</sup>.

VARIÁVEIS	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	21	35,0
Feminino	39	65,0
Total	60	100,0
<b>Idade</b>		
60 - 69 anos	38	63,3
70 - 79 anos	19	31,7
80 e mais	3	5,0
Total	60	100,0
<b>Cor</b>		
Branca	5	8,3
Parda	29	48,3
Negra	26	43,4
Total	60	100,0
<b>Número de moradores no domicílio</b>		
Sozinho	5	8,3
1 - 2 moradores	19	31,7
3 - 4 moradores	22	36,7
5 ou mais	14	23,3
Total	60	100,0

Tabela 1. Dados sócio demográficos de idosos hipertensos cadastrados em uma unidade de saúde no período de abril a maio de 2011 em São Luís-MA.

Fonte: Pesquisa direta.

As mulheres são maioria, 8,9 milhões (62,4%) dos idosos e aquelas responsáveis pelos domicílios têm, em média, 69 anos de idade e 3,4 anos de estudo. É importante ressaltar que o

número absoluto de mulheres idosas tem sido superior, no Brasil, quando confrontado com o de homens de 65 anos ou mais. Essa situação decorre da existência de mortalidade diferencial por sexo que prevalece há muito tempo na população brasileira<sup>10, 11</sup>.

Com relação à idade, os idosos entre 60-69 anos corresponderam a 38 (63,3%), seguido de 19 (31,6%) com idade entre 70-79 anos e a menor parcela 3 (5%), com faixa etária compreendida entre 80 ou mais anos (tabela 1). Pelo resultado, a população residente neste distrito está cada vez mais envelhecendo, entrando em concordância com outras pesquisas que revelam ser uma tendência mundial, principalmente em países emergentes, como o Brasil. A população de idosos representa um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (8,6% da população brasileira)<sup>10</sup>.

Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos<sup>1</sup>.

Quanto a cor, 55 (91,7%) consideravam-se não brancos (pardos e negros) e apenas 5 (8,3%) brancos (tabela 1). Pelo exposto, os não brancos em maioria absoluta nesta área, vem confirmar os resultados de outras pesquisas, onde os afrodescendentes ou miscigenados apresentam-se em maior número. Há fatores genéticos associados à hipertensão, portanto, a história familiar é um item importante durante a consulta de enfermagem, pois a "raça" negra apresenta maior prevalência de hipertensão arterial e maior ocorrência de complicações devidas à elevação da pressão arterial. Em nosso país predominam os miscigenados, que podem diferir dos negros quanto às características da hipertensão<sup>5, 12</sup>.

A HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram domínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas<sup>1</sup>.

O número de moradores em domicílio com o idoso apresentou-se bem heterogêneo, 19 (31,7%) convivem com 1 a 2 pessoas, 22 (36,7%) de 3 à 4 pessoas e apenas 14 (23,3%) com 5 ou mais pessoas e, observou-se que a maioria das famílias são pequenas, com casos isolados de idosos morando sozinhos, 5 (8,3%) idosos ao todo (tabela 1), fazendo com que os cuidados da equipe sejam redobrados nesses casos, pois estão sujeitos a depressão e até dificuldades de socorro em situações de quedas e emergências. Diante da

tendência recente de redução de números de filhos, aumento do número de divórcios, mudanças de estilo de vida, melhora nas condições de saúde da população idosa e aumento da longevidade, com destaque à maior sobrevivência feminina, é de se esperar que, ao longo dos anos, haja um crescimento dos domicílios unipessoais, ou seja, cresça o número de idosos vivendo sozinhos. No caso do Brasil, a co-residência permanece elevada entre os idosos; contudo, cresce, ao longo dos anos, a proporção de idosos brasileiros morando sozinhos. O número de idosos que moram sozinhos no Brasil vem aumentando, alcançando a proporção de 13,2% em 2006<sup>13</sup>.

VARIÁVEIS	n	%
Escolaridade (anos)		
Ensino superior	1	1,7
Ensino médio	0	0
Fundamental completo	11	18,3
Fundamental incompleto	26	43,3
Analfabeto	22	36,7
Total	60	100,0
Renda mensal per capita (em salários mínimos)		
≤ 1	2	3,3
1 a 2,5	47	78,4
2,5 a 4	11	18,3
Total	60	100,0
Atividade ocupacional		
Aposentado	39	65,0
Doméstico	8	13,3
Outro	13	21,7
Total	60	100,0

Tabela 2. Dados socioeconômicos de idosos hipertensos cadastrados em uma unidade de saúde no período de abril a maio de 2011 em São Luís-MA.

Fonte: Pesquisa direta

Observou-se, a hipertensão está presente em maioria no estrato inferior de escolaridade. A escolaridade mostrou-se baixa na maioria dos idosos entrevistados, sendo 11 (18,3%) com ensino fundamental completo, 26 (43,3%) com ensino fundamental incompleto, 22 (36,7%) são analfabetos e apenas 1 (1,7%) com ensino superior completo. Não houve nenhum caso de idoso com ensino médio (tabela 2). Esses dados apresentam diretamente a ação da baixa escolaridade e da renda nos altos níveis de pressão arterial nos idosos, quanto menos instruídas e mais pobres são eles, maior a possibilidade dos mesmos se alimentarem de forma inadequada, devido os baixos salários e a falta de conhecimento quanto ao consumo de produtos saudáveis e atividades

físicas para o controle dos níveis da pressão arterial.

No quesito renda familiar mensal per capita em salários mínimos, 47 (78,4%), relataram uma renda compreendida entre 1-2,5 salários, 11 (18,3%) de 2,5 a 4 salários, 2 (3,3%) menor ou igual a 1 salário e não houve nenhum caso de renda familiar mensal acima de 4 salários (tabela 2).

Pelo exposto, trata-se de famílias que são mantidas por baixa renda, apenas por um salário mínimo ou dois, com o predomínio das aposentadorias. Uma das características marcantes da população idosa no Brasil é seu baixo poder aquisitivo. Aposentadorias e pensões constituem sua principal fonte de rendimentos. Como consequência do baixo valor dos benefícios, uns terços dos brasileiros com 60 anos ou mais se mantinham em atividades produtivas em 1995. O retorno dos idosos ao mercado de trabalho ou a sua permanência aí se dá, sobretudo no mercado informal, em atividades mal remuneradas e jornadas de trabalho extensas. Em 1998, a maioria dos idosos integrados à população economicamente ativa possuía renda proveniente do trabalho inferior ou igual a dois salários-mínimos e exerciam atividades pouco compatíveis com a idade, trazendo-lhes desgaste físico cada vez mais acentuado.

Em 2001, 41,4% dos idosos brasileiros tinham uma renda familiar per capita menor que um salário mínimo, já em 2009, os idosos participaram com 72,2% da renda domiciliar per capita até dois salários, sendo 43,2% com até um salário mínimo<sup>13-15</sup>.

Quando se refere à profissão e/ou atividade ocupacional dos idosos hipertensos, os aposentados são em maioria, com 39 (65%) dos idosos, mas 21 (34,9%) relataram estar ativos, como domésticos 8 (13,3%) e exercendo outras atividades remuneradas 13 (21,7%) (tabela 2). Pelo resultado, percebe-se um elevado número de idosos que ainda não se aposentaram e que continuam exercendo suas atividades para ajudar na renda da família. É importante destacar que há idosos que permanecem desenvolvendo alguma atividade, mesmo após a aposentadoria, como forma de complementar o orçamento doméstico. Em 53% dos domicílios do País, mais da metade da renda era fornecida por idosos. Dez anos antes, o percentual era de 47,2%. Na área rural do País, o mesmo nível de contribuição das pessoas com 60 anos ou mais no orçamento familiar chegou a 67,3% dos domicílios em 2007 - no caso do Nordeste rural,

a 73%<sup>13,16</sup>.

Quanto aos comportamentos relacionados à saúde, apresentaram maiores taxas os idosos hipertensos com obesidade e/ou sobrepeso 39 (65%), os não etilistas 33 (55%), os ex-tabagistas 29 (48,3%), os não tabagistas 26 (43,4%) e os ex-etilistas 21 (35%) (tabelas 3 e 4).

VARIÁVEIS	n	%
<b>Tabagismo</b>		
Sim	5	8,3
Não	26	43,4
Ex-tabagista	29	48,3
Total	60	100,0
<b>Etilismo</b>		
Sim	6	10,0
Não	33	55,0
Ex-etilista	21	35,0
Total	60	100,0
<b>Atividades físicas no lazer</b>		
Nenhuma	41	68,4
Exercícios até 2 vezes/semana	8	13,3
3 ou mais vezes por semana	11	18,3
Total	60	100,0
<b>Tempo que é hipertenso (anos)</b>		
Entre 0 a 10	36	60,0
Há mais de 11 anos	24	40,0
Total	60	100,0
<b>Visita regularmente o serviço por causa da Hipertensão pressão arterial</b>		
Sim	52	86,7
Não	8	13,3
Total	60	100,0

Tabela 3. Comportamentos relacionados à saúde de idosos hipertensos cadastrados em uma unidade de saúde no período de abril a maio de 2011 em São Luís-MA.

Fonte: Pesquisa direta.

Na pesquisa, foi observada uma tendência do abandono do tabagismo após o diagnóstico de hipertensão pelo idoso, facilitando dessa maneira, o tratamento e controle dos níveis da pressão arterial. Foi registrado apenas 5 fumantes, porém constatou-se o alto índice de ex-tabagistas, sendo 29 (48,3%) por um período superior a 10 anos de uso (tabela 3). O tabagismo é a maior causa de mortalidade cardiovascular no mundo. Embora a cessação do tabagismo não reduza a pressão

arterial, o abandono do hábito é, provavelmente, a medida isolada mais efetiva para a redução do risco de doenças cardiovasculares<sup>17</sup>.

O acidente vascular cerebral foi citado por 10 dos idosos, a maioria apresentando dificuldades na fala e na marcha, sem, contudo comprovação do diagnóstico no momento da entrevista. Por essas razões, a cessação do tabagismo e a moderação do consumo de álcool são recomendadas, tanto para a prevenção primária, quanto para a prevenção secundária. O consumo abusivo de álcool está associado ao maior risco de acidente vascular cerebral, que representa a complicação mais grave da hipertensão arterial<sup>18,19</sup>.

Os ex-etilistas 21 (35%) e os que fazem uso de bebida alcoólica no máximo uma vez por semana ou em confraternizações 6 (10%) apresentaram-se em menor número entre os hipertensos do que aqueles que nunca ingeriram bebida alcoólica. A literatura aponta que a ingestão de bebidas alcoólicas em excesso (três ou mais doses ou mais de 40g de etanol por dia) está associada ao aumento da pressão arterial<sup>20</sup>. No estudo, nenhum caso de alcoolismo foi detectado entre os idosos.

Quanto as atividades físicas no lazer, 49 idosos (81,7%) realizam menos de 3 vezes por semana e apenas 11 (18,3%) fazem 3 vezes ou mais, portanto, havendo a necessidade de orientá-los da importância para a prática de atividades leves a moderadas, respeitando suas limitações e contraindicações.

Para manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, todo adulto deve realizar, pelo menos cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada, desde que em condições de realizá-la<sup>1</sup>.

Os exercícios resistidos de intensidade leve (40% a 60% da carga voluntária máxima), com um número maior de repetições também parecem ter efeito benéfico na PA, além dos benefícios comprovados sobre o sistema osteomuscular, podem, portanto, ser prescritos para o hipertenso desde que estejam associados aos exercícios aeróbios<sup>21</sup>.

Verificou-se que 52 (86,6%) dos idosos hipertensos do Distrito do Coroadinho visitam o médico regularmente e apenas 8 (13,3%) não visitam e parcela importante 24 (40%) tem a doença há mais de 11 anos e 36 (60%) convivem com a hipertensão há menos de 10 anos (tabela 3). Pelo exposto, os idosos hipertensos costumam ir

às consultas médicas, porém foi observado que a maioria somente comparece por causa da medicação, não sendo necessária prescrição médica para o recebimento na farmácia, podendo ser atendido por outro profissional não médico, como o enfermeiro que tem autorização pelo protocolo do Ministério da Saúde para transcrição. O resultado demonstra também que existe um elevado número de idosos há muitos anos convivendo com a hipertensão, reforçando a importância de um acompanhamento frequente e eficaz pela equipe multiprofissional.

A relação médico e paciente deve ser a base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. A participação de vários profissionais da área da saúde, com uma abordagem multidisciplinar, pode facilitar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e consequentemente aumentar o controle da hipertensão arterial<sup>1</sup>.

O número de idosos obesos e/ou em sobrepeso foi alto, com 39 (65%) e IMC superior ou igual a 25 kg/m<sup>2</sup>, de diabetes mellitus 18 (30%) e de dislipidemia 12 (20%) foram às doenças metabólicas prévias mais presentes (tabela 4). É preocupante a quantidade elevada de idosos em sobrepeso e/ou obesidade e diabéticos, dificultando o tratamento dos mesmos. A obesidade também é um fator que tem relação direta com o nível da pressão arterial: indivíduos obesos apresentam maior prevalência de hipertensão arterial que os não obesos e a redução do peso corporal reduz os níveis de pressão arterial<sup>12</sup>.

VARIÁVEIS	n	%
<b>IMC</b>		
≥ 25 kg/m <sup>2</sup>	39	65,0
< 25 kg/m <sup>2</sup>	21	35,0
Total	60	100,0
<b>Obesidade</b>		
Sim	39	65,0
Não	21	35,0
Total	60	100,0
<b>Dislipidemia</b>		
Sim	12	20,0
Não	48	80,0
Total	60	100,0
<b>Diabetes</b>		
Sim	18	30,0
Não	42	70,0
Total	60	100,0

Tabela 4. Doenças metabólicas prévias de idosos hipertensos cadastrados em uma unidade de saúde no período de abril a maio de 2011 em São Luís-MA.

Fonte: Pesquisa direta

Hipertensão arterial e obesidade, em especial a obesidade central, com acúmulo de gordura visceral, frequentemente associadas à dislipidemia e à intolerância à glicose, compõe a chamada síndrome metabólica, que também é acompanhada de resistência à insulina e hiperinsulinemia<sup>5</sup>.

Quanto à história familiar, a hipertensão foi 40 (66,7%) e diabetes 30 (50%), esse resultado leva a crer na forte relação da genética ou hereditariedade com o surgimento de novos casos de hipertensão arterial. Sabe-se que muitos fatores antecedem a elevação da pressão arterial de muitos indivíduos, e que a herança genética é o único que não é modificável<sup>22</sup>.

A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que, possam ser utilizadas para prever o risco individual de se desenvolver HAS<sup>1</sup>.

Na pesquisa constatou-se taxa de consumo de frutas e hortaliças inferior a cinco porções diárias, 57 (95%) (tabela 5). A influência dos hábitos alimentares na morbimortalidade cardiovascular é amplamente reconhecida. Dietas ricas em frutas e hortaliças e com produtos com baixo teor de gorduras diminuem o risco cardiovascular, contribuem para a redução do peso e atuam diretamente na redução da pressão arterial. Como estratégia de prevenção primária e secundária, recomenda-se a ingestão diária de cinco ou mais porções de frutas e hortaliças, correspondendo a cerca de 400 g<sup>23,24</sup>.

O hábito de adicionar sal à refeição, foi informado por pequena parcela dos idosos hipertensos 7 (11,7%) do presente estudo (tabela 5). Entretanto esta é uma indicação que se deve alertar mais seriamente os idosos hipertensos sobre os perigos do sal na alimentação. A alta porcentagem de idosos que realizam dieta com restrição de sal, é um sinal positivo de adesão dos mesmos ao tratamento e, conseqüente controle dos níveis elevados da pressão arterial. Na pesquisa, procurou-se conscientizar os idosos ao não consumo de embutidos, enlatados e conservas, os quais possuem altas concentrações de sal e gorduras saturadas, além dos refrigerantes e sucos artificiais. O consumo de sal no Brasil é alto, excedendo os limites máximos recomendados para a sua ingestão em todas as regiões do País e em todos os estratos de renda. A restrição de sal tem efeito anti-hipertensivo, sobretudo se combinada a outros hábitos

alimentares saudáveis, e pode levar à redução da dose da medicação empregada para reduzir a pressão arterial<sup>24-26</sup>.

VARIÁVEIS	n	%
<b>O deve ser feito para controlar a pressão arterial</b>		
Dieta sem sal	53	88,3
Regime para perder/manter peso	5	8,3
Atividade física	7	11,7
Medicação de rotina	46	76,7
<b>O que faz para controlar a pressão arterial</b>		
Dieta se sal	53	88,3
Regime para perder/manter peso	5	8,3
Atividade física	7	11,7
Medicação de rotina	45	75,0
Medicação quando tem algum problema	11	18,3
Não faz nada	1	1,7
<b>Consumo de frutas e hortaliças (porções diárias)</b>		
0	4	6,7
1 a 3	53	88,3
5	3	5,0
Total	60	100,0
<b>Adiciona sal a refeição</b>		
Sim	7	11,7
Não	53	88,3
Total	60	100,0

Tabela 5. Tratamento medicamentoso e não medicamentoso de idosos hipertensos cadastrados em uma unidade de saúde no período de abril a maio de 2011 em São Luís-MA.

Fonte: Pesquisa direta.

Dos idosos hipertensos do Distrito do Coroadinho, 45 (75%) faz uso regular de medicamentos e apenas 15 (23,3%) relata que o uso rotineiro de medicações não controla a pressão arterial e 53 (88,3%) faz uso da dieta sem sal para o controle da pressão arterial e apenas 7 (11,7%) afirmaram não usar desta dieta (tabela 5). Pelo exposto, fica evidente que os profissionais devem buscar outras formas de incentivar os idosos a participar ativamente das reuniões para o acompanhamento e instrução dos mesmos sobre a importância de seguir o tratamento medicamentoso e o não medicamentoso de forma eficiente e eficaz e ficou nítido que para a maioria dos idosos hipertensos, o tratamento deve ser baseado na restrição de sal e uso rotineiro de anti-hipertensivos, tornando-se importante orientá-los

para a manutenção desses hábitos e a implementação de outras práticas de controle no tratamento da hipertensão. A Enfermagem tem, dentre outras funções, a de promover, manter e recuperar a saúde<sup>12</sup>.

## Conclusão

Os resultados do presente trabalho revelam a magnitude do problema, reforçando a necessidade de estratégias voltadas para a adoção de hábitos saudáveis entre idosos hipertensos. Abordagens voltadas para múltiplos fatores de risco podem ser mais efetivas, uma vez que vários fatores comportamentais estavam correlacionados. Em síntese, a maioria dos idosos hipertensos residente neste Distrito era do sexo feminino, com idade inferior a 70 anos, miscigenados e com escolaridade muito baixa, sendo a maioria analfabetos. Com relação aos fatores de risco, constatou-se elevada quantidade de idosos ex-tabagistas, em obesidade e/ou sobrepeso e diabéticos, com a realização de atividades físicas abaixo de 3 vezes por semana, e consumo de frutas e hortaliças inferior a 5 porções diárias, além de apresentarem um número significativo de antecedentes familiares com histórico de hipertensão e diabetes. O tratamento da maioria dos idosos baseou-se pela dieta restrita de sal e o uso contínuo da medicação de rotina, contudo mesmo participando do programa HIPERDIA, ainda existem aqueles resistentes ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, dificultando o controle dos níveis pressóricos.

Nesse contexto, os profissionais devem apresentar estratégias de enfrentamento aos idosos e reforçar a importância da adesão para um melhor seguimento da terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, minimizando assim comprometimentos posteriores, que poderão surgir se o processo de adesão por parte do cliente não for eficaz.

## Referências

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(Supl 1):1-51.
2. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2004;9(4):897-908.
3. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.



4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília; 2006.
6. Soares AM, Mion Junior D, Pierin A, Jacob Filho W. A importância de um programa de assistência multidisciplinar no controle de pressão arterial no idoso hipertenso. *Einstein* 2007;5(2):137-42.
7. Minker M, Schauffler H, Clements-Nolle K. Health promotion for older Americans in the 21st century. *Am J Health Promot* 2000;14(6):371-9.
8. Santos ZMSA, Silva RM. Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado. Fortaleza: UNIFOR; 2002.
9. Pescatello LS, Franklin BA, Fagard R, Farquhar WB, Kelley GA, Ray CA. Exercise and hypertension. *Med Sci Sports Exerc* 2004;36:533-53.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios [online]. Rio de Janeiro; 2002. [acessado 2011 maio 1]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>.
11. Berquó E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. Anais do 1º Seminário Internacional Envelhecimento Populacional, 1996; Brasília, Brasil. Brasília: MPAS/SAS; 1996.
12. Brasileiro M, Freitas MIF. Enfermagem na saúde do idoso. Goiânia: AB; 2005.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2007/2010. Rio de Janeiro; 2010.
14. Chaimowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte: Postgraduate; 1998.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais 2002 [online]. Rio de Janeiro; 2003. [acessado 2011 maio 10]. Disponível em [www.ibge.gov.br/home/.../12062003indic2002.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/.../12062003indic2002.shtm).
16. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MG, Henriques MER. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2002;10(6):757-64.
17. Guralnik JM, Kaplan GA. Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County study. *Am J Public Health* 1989;79(2):703-8.
18. Wannamethee SG, Shaper AG. Patterns of alcohol intake and risk of stroke in middle-aged British men. *Stroke* 1996;27:1033-9.
19. MacMahon S, Peto R, Cutler J, Collins R, Sorlie P, Neaton J, et al. Blood pressure stroke coronary heart disease. Part 1 prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet* 1990;335(8692):765-74.
20. Levine DM, Cohen JD, Dustan HP, Falkner B, Flora JA, Lefebvre C, et al. Behavior changes and the prevention of high blood pressure: workshop II. *Circulation* 1993; 88:1387-90.
21. Pollock ML, Franklin BA, Balady GA, Chaitman BL, Fleg JL, Fletcher B, et al. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease. *Circulation*. 2000;101:828-33.
22. Mano GMP, Pierin AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. *Acta paul enferm* 2005;18(3):269-75.
23. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva; 2003.
24. Mancia G, Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2007;28(12):1462-536.
25. Sarno F, Claro RM, Levy RB, Bandoni DH, Ferreira SRG, Monteiro CA. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2002-2003. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):219-25.
26. Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook JV, et al. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *J Hypertens* 2006; 24(2):215-33.