Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2022.66471

Idosos com e sem hipertensão arterial: comportamentos e condições de saúde

Older adults with and without arterial hypertension: behavior and health conditions

Ancianos con y sin hipertensión arterial: comportamientos y condiciones de salud

Vinício Soares Cabral[I]; Nayara Gomes Nunes Oliveira[II]; Neilzo Nunes Oliveira[I]; Flavia Aparecida Dias Marmo[I]; Camila Cristina Neves Romanato Ribeiro[I]; Darlene Mara dos Santos Tavares[I]

[I]Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Brasil; [II]Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, Brasil

RESUMO

Objetivo: descrever as características sociodemográficas e econômicas e comparar as ocorrências e chances de prevalência dos comportamentos e condições de saúde de idosos com e sem hipertensão arterial. **Método:** estudo transversal e analítico, desenvolvido com 957 idosos de Minas Gerais entre maio de 2017 a junho de 2018. Procederam-se análises descritiva, bivariada e regressão logística binária múltipla. **Resultados:** Em ambos grupos, predominio do sexo feminino, 1 ├5 anos de estudo, renda mensal individual de um salário-mínimo e morava acompanhada. Idosos hipertensos apresentaram 32,5% menos chances de prevalência para o consumo de bebida alcoólica, duas vezes mais chances de prevalência de medida inadequada da circunferência abdominal (RCP=2,35; *p*<0,001) e três vezes mais chances de terem cinco ou mais morbidades (RCP=3,60; *p*<0,001). **Conclusão**: idosos com hipertensão arterial tiveram melhor comportamento de saúde relacionado ao consumo de bebida alcoólica, entretanto, piores condições de saúde referentes à circunferência abdominal e número de morbidades.

Descritores: Saúde do Idoso; Enfermagem Geriátrica; Hipertensão; Nível de Saúde; Estilo de Vida Saudável.

ABSTRACT

Objective: to describe the sociodemographic and economic characteristics of elderly people with and without arterial hypertension and to compare the occurrences and prevalence odds ratio of behaviors and health conditions. **Method:** in this cross-sectional, analytical study of 957 older adults in Minas Gerais, between May 2017 and June 2018, descriptive, bivariate and multiple binary logistic regression analyses were performed. **Results:** both groups were predominantly female, with 1-5 years of schooling, individual monthly income of one minimum wage, and living with someone. Hypertensive older adults were 32.5% less likely to consume alcohol, twice as likely to have unsuitable waist circumference (WHR=2.35; p<0.001), and three times more likely to have five or more morbidities (CPR=3.60; p<0.001). **Conclusion:** older adults with arterial hypertension displayed better health behavior as regards alcohol consumption, but worse health conditions as regards abdominal circumference and number of morbidities.

Descriptors: Health of the Elderly; Geriatric Nursing; Hypertension; Health Status; Healthy Lifestyle.

RESUMEN

Objetivo: describir las características sociodemográficas y económicas y comparar las ocurrencias y posibilidades de prevalencia de comportamientos y condiciones de salud de ancianos con y sin hipertensión arterial. **Método:** estudio transversal y analítico, desarrollado con 957 ancianos de Minas Gerais entre mayo de 2017 y junio de 2018. Se realizaron análisis descriptivo, bivariado y de regresión logística binaria múltiple. **Resultados:** En ambos grupos predomina el sexo femenino, 1-5 años de escolaridad, ingresos mensuales individuales de un salario mínimo y viviendo acompañado. Los ancianos hipertensos tenían 32,5% menos probabilidades de consumir alcohol, dos veces más probabilidades de tener una circunferencia de cintura inadecuada (RCC=2,35; p<0,001) y tres veces más probabilidades de tener cinco o más morbilidades (CPR=3,60; p<0,001). **Conclusión:** los ancianos con hipertensión arterial presentaron mejores comportamientos de salud relacionados con el consumo de alcohol, sin embargo, peores condiciones de salud en cuanto a la circunferencia abdominal y número de morbilidades.

Descriptores: Salud del Anciano; Enfermería Geriátrica; Hipertensión; Estado de Salud; Estilo de Vida Saludable.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico, fenômeno mundial, ocorre de modo acelerado no Brasil, que possui 13,8% da população composta por pessoas com 60 anos ou mais de idade[1]. Neste seguimento etário, geralmente, é possível identificar maior vulnerabilidade no surgimento de doenças crônicas, como a hipertensão arterial (HA), que está entre as morbidades que mais acometem os idosos[2,3], influenciando negativamente na qualidade e expectativa de vida desta população[3].

A HA é considerada uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial sistêmica maiores que 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente, associa-se a alterações metabólicas, funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo como o coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos. Pode ser agravada por fatores de risco como: idade avançada, sexo feminino, baixos níveis de escolaridade e renda, condições de habitação inadequadas, predisposição genética, sobrepeso/obesidade, ingestão excessiva de sal, etilismo, tabagismo, sedentarismo, dislipidemia e diabetes *mellitus*[2–7].

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Brasil (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - Brasil (FAPEMIG).

Autora correspondente: Darlene Mara dos Santos Tavares. E-mail: darlene.tavares@uftm.edu.br

Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Mercedes Neto

Recebido em: 10/04/2022 – Aprovado em: 02/12/2022

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2022.66471

Embora o tratamento medicamentoso tenha indicações precisas, hábitos de vida saudáveis são recomendados para o controle desse agravo, com destaque para a prática regular de atividade física, dieta saudável, cessação do tabagismo e a ingestão moderada de álcool[2–4,6].

Considerando a possível influência dos comportamentos e condições de saúde no controle e evolução desta morbidade, necessita-se aprofundar o conhecimento sobre esta temática entre idosos com e sem HA[3,4]. Assim, a atual investigação objetivou descrever as características sociodemográficas e econômicas dos idosos e comparar as ocorrências e chances de prevalência dos comportamentos e condições de saúde de idosos com e sem HA.

MÉTODO

Estudo transversal e analítico, orientado ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), e desenvolvido entre idosos residentes na área urbana de uma microrregião de saúde em Minas Gerais, constituída por oito municípios.

Para o cálculo do tamanho amostral, utilizou-se a prevalência de hipertensão arterial sistêmica de 66,7%[2] com precisão de 3,0% e intervalo de confiança de 95%, para uma população finita de 36.703 pessoas com 60 anos ou mais de idade, chegando-se a uma amostra mínima de 925 idosos e, considerando uma perda de amostragem de 15%, o número final de tentativas de entrevista foi de 1.063.

Para identificar o idoso a ser entrevistado, utilizou-se a amostragem por conglomerado em múltiplo estágio. No primeiro estágio, considerou-se o sorteio arbitrário de 50% dos setores censitários de cada município da Macrorregião do Triângulo Sul, por amostragem sistemática. Calculou-se, para cada município, a quantidade de domicílios a ser selecionada, proporcionalmente, ao número total de idosos residentes nas oito cidades da referida microrregião. Em seguida, a quantidade de domicílios foi dividida pelo número de setores censitários, obtendo-se o número semelhante de idosos a serem entrevistados em cada setor censitário. Por último, em cada setor censitário, o primeiro domicílio foi selecionado aleatoriamente e os demais, em sentido horário padronizado, até saturar a amostra do setor. Foi recrutado um idoso por domicílio e caso existisse mais de uma pessoa com 60 anos ou mais de idade residindo no local, entrevistou-se o que teve o primeiro contato com o entrevistador.

Foram adotados os critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade e residir na área urbana da microrregião de saúde. Como exclusão: ter declínio cognitivo, avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental[8]; apresentar sequelas graves de acidente vascular cerebral com perda de força muscular nos membros inferiores e superiores e afasia, além de doença de *Parkinson* em estágio grave ou instável com comprometimentos da motricidade, fala e/ou afetividade.

Foram entrevistados 977 idosos, dos quais 15 apresentaram declínio cognitivo e cinco não realizaram a entrevista completa. Assim, a amostra do estudo foi constituída por 957 idosos, divididos em dois grupos: com (n=646) e sem (n=311) HA autorreferida.

A coleta dos dados foi realizada no domicílio, de maio de 2017 a junho de 2018, por meio de entrevista direta. Foram selecionados dez entrevistadores da área da saúde, que passaram por treinamento, capacitação e abordagem sobre questões éticas da pesquisa; e foram acompanhados até demonstrarem habilidades necessárias para aplicação dos instrumentos.

Os dados sociodemográficos, econômicos, morbidades e a autoavaliação da saúde foram obtidos mediante a aplicação do questionário estruturado elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva.

Para a medida do nível de atividade física e do comportamento sedentário, foi utilizada a versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física, adaptada para idosos[9]. Foram considerados ativos aqueles que despendiam 150 minutos ou mais de atividade física semanal; e inativos os idosos que despendiam de 0 a 149 minutos de atividade física semanal[10].

O consumo de bebida alcoólica e o tabagismo foram analisados a partir de questões elaboradas pelos pesquisadores, sendo: *"O (a) Senhor (a) costuma consumir bebidas alcoólicas (cachaça, vinho, cerveja, etc)?"; "O (a) Senhor (a) fuma?"*.

Na verificação da sintomatologia depressiva, utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada[11], composta por 15 questões e com escore total que varia de 0 a 15 pontos. Considerou-se como indicativo de sintomas depressivos a pontuação maior que cinco[11].

Para mensuração do peso, foi utilizada balança eletrônica digital portátil, tipo plataforma, com capacidade para 150 kg e precisão de 100g, com o idoso descalço e usando roupas leves. A estatura (em metros) foi aferida utilizando fita métrica flexível e inelástica, com extensão de dois metros, dividida em centímetros e subdivida em milímetros fixados na parede em um local plano e regular, sem rodapé, com o idoso descalço, colocado em posição ortostática com os pés unidos, de costas para o marcador, com o olhar no horizonte. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado mediante a fórmula: IMC = Peso (Kg) / [Estatura]^2 (m). A classificação do estado nutricional foi realizada conforme valores do IMC, considerando como pontos de corte: baixo peso (≤ 22 kg/m^2), eutrofia (> 22 e < 27 kg/m^2) e sobrepeso (≥27 kg/m^2)[12].

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2022.66471

A circunferência abdominal (CA) foi mensurada com a fita métrica descrita anteriormente; durante a expiração normal, com o idoso de pé, em posição ereta, vestindo o mínimo possível de roupa. A medida foi aferida no maior perímetro abdominal, entre a última costela e a crista ilíaca, sem pressionar os tecidos moles. Os valores seguiram os critérios de risco de complicações metabólicas, propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo: homens – sem risco (< 94 cm), risco moderado (94 a 102 cm), alto risco (> 102 cm); mulheres - sem risco (< 80 cm), risco moderado (80 a 88 cm), alto risco (> 88 cm)[13]. Foram considerados com medida inadequada aqueles classificados com risco em qualquer grau.

As variáveis sociodemográficas e econômicas estudadas foram: sexo (feminino; masculino), faixa etária, em anos completos (60 ├70; 70 ├80; 80 ou mais), escolaridade, em anos completos de estudo (0; 1 ├5; 5 ou mais), estado conjugal (solteiro (a); mora com companheiro (a); viúvo (a) e separado (a)/ desquitado (a)/ divorciado (a)); renda individual mensal, em salários-mínimos (sem rendimento próprio; <1; 1; 1┤ 3; 3┤ 5; >5) e arranjo de moradia (só; acompanhado (a). Consideraram-se variáveis relacionadas aos comportamentos de saúde: consumo de bebida alcoólica (sim e não), tabagismo (sim e não) e prática de atividade física (inativo e ativo); e às condições de saúde: indicativo de sintomas depressivos (sim e não), medida da CA (inadequada e adequada), sobrepeso (sim e não), morbidades (0 ├5 e 5 ou mais) e autoavaliação da saúde (negativa e positiva).

Construiu-se um banco de dados eletrônico, no programa Microsoft Excel®, com dupla digitação. Após a verificação das inconsistências entre as duas bases de dados e sua correção, o banco de dados foi importado para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 22.0, para análise. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva pela distribuição de frequências e média e desvio padrão. Para comparar a ocorrência dos comportamentos e condições de saúde dos idosos com e sem HAS foram aplicados os testes: *Qui-quadrado* e *t de Student* (p<0,05). As razões de chances de prevalência foram apresentadas na forma bruta para cada comportamento e condição de saúde. Após, foram ajustadas para as variáveis: sexo, idade (em anos completos) e escolaridade (anos completos de estudo), por meio da regressão logística binária múltipla, tendo como preditor principal os grupos com e sem HA (p<0,05). Consideram-se o intervalo de confiança de 95% e o nível de significância de p<0,05.

O protocolo de pesquisa doi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e oferecidas informações pertinentes. Após a anuência do idoso e a assinatura referido termo, conduziu-se a entrevista.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a distribuição das frequências das características sociodemográficas e econômicas dos idosos com e sem HA.

TABELA 1: Distribuição das frequências das características sociodemográficas e econômicas de idosos com e sem hipertensão arterial, residentes na área urbana de uma microrregião de saúde, Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil, 2021.

		Hipertensão Arterial			
		Com		Sem	
Variáveis		**n**	**%**	**n**	**%**
Sexo	Feminino	442	68,4	198	63,7
	Masculino	204	31,6	113	36,3
Faixa etária (em anos completos)	60 ├70	216	33,4	142	45,7
	70 ├80	284	44,0	112	36,0
	80 ou mais	146	22,6	57	18,3
Escolaridade (em anos de estudo)	0	122	18,9	49	15,8
	1 ├5	352	54,5	149	47,9
	5 ou mais	172	26,6	113	36,3
Estado conjugal	Solteiro (a)	38	5,9	25	8,0
	Mora com esposo (a) ou companheiro (a)	265	41,0	145	46,6
	Viúvo (a)	271	42,0	106	34,1
	Separado (a)/ desquitado (a)/ divorciado (a)	72	11,1	35	11,3
Renda individual mensal (em salários-mínimos)	Sem rendimento próprio	35	5,4	18	5,8
	<1	22	3,4	5	1,6
	1	318	49,2	150	48,2
	1┤ 3	232	35,9	121	38,9
	3┤ 5	28	4,3	11	3,5
	>5	11	1,7	6	1,9
Arranjo de moradia	Só	117	18,1	64	247
	Acompanhado (a)	529	81,9	20,6	79,4

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2022.66471

Em ambos os grupos, com e sem HA, maioria dos idosos era do sexo feminino, com 1 ├-5 anos de estudo, renda mensal individual de um salário-mínimo e morava acompanhada. Entre os idosos com HA houve predomínio da faixa etária 70 ├-80 anos (44,0%) e viúvos (42,0%), enquanto para aqueles sem a referida morbidade, 60 ├-70 anos (45,7%) e com companheiro (46,6%).

A Tabela 2 apresenta as razões de chances de prevalência ajustadas para as variáveis relacionadas aos comportamentos de saúde dos idosos com e sem HA, residentes na área urbana de uma microrregião de saúde em Minas Gerais.

TABELA 2: Distribuição das razões de chances de prevalência ajustadas para as variáveis relacionadas aos comportamentos de saúde dos idosos com e sem hipertensão arterial, residentes na área urbana de uma microrregião de saúde em Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil, 2021.

	Hipertensão Arterial						
	Com		Sem		χ^2	RCP ajustada (IC)	*p-*
Variáveis	**n**	**%**	**n**	**%**			***valor***
Consumo de bebida alcoólica					10,415	0,675 (0,49-0,91)	**0,011**
Sim	171	26,5	114	36,7			
Não	475	73,5	197	63,3			
Tabagismo					3,234	0,768 (0,52-1,12)	0,175
Sim	84	13,0	54	17,4			
Não	562	87,0	257	82,6			
Prática de atividade física					4,089	1,180 (0,86-1,61)	0,302
Inativo	236	36,5	93	29,9			
Ativo	410	63,5	218	70,1			

Nota: χ^2 - Coeficiente de associação *Qui-quadrado* de *Pearson*; RCP ajustada - Razão de chances de prevalência ajustada para as variáveis: sexo, idade, escolaridade; IC - intervalo de confiança (95%); $p<0,05$.

No que concerne aos comportamentos de saúde, houve menor porcentagem de idosos com HA que referiram consumo de bebida alcoólica (26,5%) e tabagismo (13,0%) em relação àqueles sem HA. Quanto à prática de atividade física, maior percentual de idosos com HA foi classificado como inativo (36,5%) em comparação àqueles sem HÁ (29,9%). Após o ajuste, os idosos com HA apresentaram 32,5% menos chances de prevalência para o consumo de bebida alcoólica em relação aos idosos sem a referida condição (p=0,011).

A Tabela 3 apresenta as razões de chances de prevalência ajustadas para as variáveis relacionadas às condições de saúde dos idosos com e sem HA, residentes na área urbana de uma microrregião de saúde em Minas Gerais.

TABELA 3: Distribuição das razões de chances de prevalência ajustadas para as variáveis relacionadas às condições de saúde dos idosos com e sem hipertensão arterial, residentes na área urbana de uma microrregião de saúde em Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil, 2020.

	Hipertensão Arterial						
	Com		Sem		χ^2		
Variáveis	**n**	**%**	**n**	**%**		**RCP ajustada (IC)**	***p-valor***
Indicativo de sintomas depressivos					8,312	1,230 (0,84-1,78)	0,274
Sim	171	26,5	56	18,0			
Não	475	73,5	255	82,0			
Circunferência Abdominal					36,702	2,359 (1,57-3,53)	**<0,001**
Inadequada	560	86,7	219	70,4			
Adequada	86	13,3	92	29,6			
Sobrepeso					19,062	1,283 (0,92-1,78)	0,139
Sim	319	49,4	107	34,4			
Não	327	50,6	204	65,6			
Morbidades					85,705	3,603 (2,58-5,02)	**<0,001**
5 ou mais	502	77,7	149	47,9			
0 ├-5	144	22,3	162	52,1			
Autoavaliação da saúde					17,624	1,175 (0,85-1,60)	0,315
Negativa	388	60,1	142	45,7			
Positiva	258	39,9	169	54,3			

Nota: χ^2 - Coeficiente de associação *Qui-quadrado* de *Pearson*; RCP ajustada - Razão de chances de prevalência ajustada para as variáveis: sexo, idade, escolaridade; IC - intervalo de confiança (95%); $p<0,05$.

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2022.66471

Referente às condições de saúde, houve maior percentual de idosos com HA que apresentaram indicativo de sintomas depressivos (26,5%), medida inadequada de CA (86,7%), sobrepeso (49,4%), cinco ou mais morbidades (77,7%) e autoavaliação da saúde negativa (60,1%) em relação àqueles sem HA. A análise ajustada indicou que os idosos com HA apresentaram cerca de duas vezes mais chances de prevalência de medida inadequada da CA (RCP=2,35; *p*<0,001) e três vezes mais chances de terem cinco ou mais morbidades (RCP=3,60; *p*<0,001) em comparação àqueles sem HA, independentemente, do sexo, idade e escolaridade.

DISCUSSÃO

A maioria de idosos do sexo feminino, em ambos os grupos, condiz com estudos nacionais[6,14–16] e internacionais[17,18]. Destaca-se que, a partir dos 60 anos de idade, a pressão arterial sistêmica entre as idosas tende a ser mais elevada e a ocorrência de HÁ maior[3]. A feminização do envelhecimento demanda profissionais especializados e desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação de agravos e orientação para o autocuidado[19].

A baixa escolaridade, identificada em ambos os grupos, coaduna com dados da literatura científica[20–22]. O nível de escolaridade pode interferir no tratamento da HA,[3,5,15] uma vez que quando há um *déficit* nessa competência, o idoso pode apresentar dificuldade em compreender a doença, a terapêutica medicamentosa e os cuidados para minimizar e/ou evitar agravos[5]. A Atenção Primária à Saúde é um recurso na oferta de cuidados, de forma a minimizar iniquidades que impactam de maneira negativa na prevenção de agravos[19]. É relevante repensar ações em saúde, individuais e coletivas, utilizando linguagem clara, objetiva e direcionada às peculiaridades desta população.

A renda mensal individual de até um salário-mínimo, em ambos os grupos, corrobora dados da pesquisa com idosos do Distrito Federal[6]. A baixa condição econômica pode influenciar negativamente no acesso aos serviços e informações de saúde, dificultando o tratamento e acompanhamento das morbidades como a HA[3,19]. Entre idosos, as desigualdades socioeconômicas favorecem dieta inadequada, que associada à presença de HA, pode comprometer a qualidade de vida e gerar maior risco de morbimortalidade cardiovasculares[3]. Assim, é essencial que o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, ofereça alternativas de cuidados, que condizem com a realidade financeira desses idosos e oriente sobre o tratamento e acompanhamento gratuitos da HA[23].

O predomínio de idosos, com e sem HA, que moravam acompanhados, também foi identificado em pesquisas desenvolvidas no Rio Grande do Sul, Brasil[5] e na Polônia[21]. O conhecimento da composição dos domicílios onde os idosos vivem é necessário. Os familiares podem auxiliar no transporte, cuidados médicos e serviços domésticos, companhia e apoio emocional.

Verificou-se maior ocorrência de HA no grupo de idosos com 70 a 79 anos de idade, resultado que corrobora estudos nacionais[2,7,24] e internacional[18]. A ocorrência da HA é maior com o avançar da idade, com prevalência na faixa etária de 65 anos ou mais[3]. O processo de envelhecimento humano leva a alterações vasculares, como enrijecimento progressivo e perda da complacência das grandes artérias[2,3]. Cabe destacar a necessidade de ações direcionadas à promoção de comportamentos saudáveis e acompanhamento das condições de saúde ao longo da vida.

Referente ao estado conjugal, entre os idosos com HA, a maioria era viúva. Pesquisa verificou que entre idosos hipertensos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde no Distrito Federal, os casados (49,3%) apresentaram níveis de pressão arterial sistêmica mais controlados em relação aos solteiros (13,3%), divorciados (6,7%) e viúvos (30,7%)[6]. A ausência de companheiro pode comprometer o apoio familiar, visto que o cônjuge pode contribuir no acompanhamento da HA, estimulando o autocuidado, à adesão ao tratamento e nos comportamentos positivos de saúde[19]. Devem ser desenvolvidas estratégias específicas, entre os idosos viúvos, considerando que viver sozinho ou estar só pode favorecer o *déficit* de autocuidado[25].

Concernente aos comportamentos de saúde, independentemente do sexo, idade e escolaridade, os idosos com HA apresentaram 32,5% menos chances de prevalência para o consumo de bebida alcoólica em relação àqueles sem HA, corroborando com estudos nacionais[2,7] e internacionais[18]. O consumo de bebida alcoólica interfere no controle dos níveis pressóricos[3,4,6,7] e está entre as principais causas de HA[3]. Entre idosos, esse comportamento é inquietante em razão das alterações fisiológicas associadas à idade, podendo intensificar a sensibilidade e diminuir a tolerância ao álcool[26]. Esses dados remetem à necessidade do desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, entre idosos sem HA, com vistas a identificar as causas deste comportamento de saúde.

Referente ao tabagismo, dados semelhantes foram identificados em investigações nacional[20] e internacionais[18,21], verificando menor proporção de idosos com HA que fumavam em relação àqueles sem HA. O tabagismo associa-se ao desenvolvimento da HA[2,3] e à ausência de controle dos níveis pressóricos nesses indivíduos[4,7]. Tornam-se essenciais ações de educação em saúde para a cessação do tabaco, reforçando os malefícios do tabagismo e os benefícios da suspensão do fumo a longo prazo para prevenção de doenças[27].

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2022.66471

O maior percentual de inatividade física, entre os idosos com HA, corrobora com estudos nacionais[2,14,20]. A adoção de estilo de vida saudável é essencial para o controle da HA, com destaque para a prática regular de atividade física[3,4,28]. É interessante identificar as preferências na prática de atividade física a fim de favorecer a adesão e/ou adoção deste comportamento.

Ressalta-se a relevância da consulta de enfermagem, que possibilita o acompanhamento das mudanças de comportamentos de saúde e contribuição na prevenção e recuperação de agravos[29].

Assim como neste estudo, idosos com HA do município de São Paulo apresentaram maior ocorrência de sintomatologia depressiva em comparação aos normotensos[24]. Tal fato, pode estar relacionado à influência do indicativo de sintomas depressivos no autocuidado, contribuindo para o surgimento e/ou persistência dos comportamentos negativos à saúde, como o sedentarismo, tabagismo e etilismo e agravamento da HAS[3]. As equipes de saúde devem realizar busca ativa desses idosos, direcionando ações de prevenção e/ou controle das doenças crônicas, como a HA[24,29].

A maior ocorrência de HA entre idosos com piores condições de saúde, incluindo acúmulo de gordura abdominal, sobrepeso e maior número de morbidades, também foi identificada em investigações nacionais[2,20] e internacionais[18,30]. A multimorbidade, está relacionada ao aumento do número de medicamentos de uso contínuo, hospitalizações, piora no estado de saúde e da qualidade de vida dos idosos[31]. O sobrepeso e o acúmulo de gordura na região abdominal, podem alterar o perfil metabólico, levando ao aumento da resistência à insulina, desregulação hormonal, retenção de sódio, aumento do volume sanguíneo e do débito cardíaco, o que pode causar HA[3].

Nesta pesquisa, idosos com HA apresentaram cerca de duas vezes mais chances de prevalência de medida inadequada da CA, dado que condiz com investigações desenvolvidas no Brasil[2] e na China[18]. Nos indivíduos com 60 anos ou mais, a medida inadequada de CA pode estar relacionada às alterações nas funções fisiológicas e metabólicas, que refletem na composição corporal e na saúde[3]. Nas últimas décadas, tem-se vivenciado problemas nutricionais, como o aumento progressivo do sobrepeso/obesidade e de doenças crônicas, como a HA, relacionadas à alimentação não saudável e ao excesso de peso[3,32]. É essencial que os idosos se alimentem com qualidade e variedade, pratique de atividade física, minimizando o impacto que a gordura visceral pode causar[33].

Os idosos com HA apresentaram três vezes mais chances de terem cinco ou mais morbidades. O declínio progressivo das reservas fisiológicas, pode aumentar o risco do desenvolvimento de diversas doenças, que podem afetar diretamente o bem-estar biopsicossocial do idoso[31]. Os serviços e profissionais de saúde devem estar preparados para atender a essa demanda de maneira qualificada, realizando diagnóstico precoce e planejamento de ações, para prevenir complicações.

Maior percentual de idosos com HA autoavaliaram sua saúde como negativa, condizendo com estudo internacional[18]. A autoavaliação da saúde envolve os sinais e sintomas das doenças e o impacto dessas condições sobre o bem-estar físico, mental e social da população idosa[34]. Esse resultado pode estar relacionado ao desconforto dos idosos com HA em relação à condição de saúde, necessidade de mudanças no estilo de vida e tratamento farmacológico[35]. Cabe ao profissional de saúde, em especial o enfermeiro, investigar na consulta gerontológica, a maneira como o idoso percebe sua condição de saúde, contribuindo para adesão do autocuidado[26].

O autorrelato das morbidades pode ser considerado uma limitação deste estudo, contudo, os achados têm potencial para contribuir com o direcionamento das intervenções voltadas à prevenção de agravos e à promoção da saúde da população idosa, com e sem HA.

CONCLUSÃO

As características sociodemográficas e econômicas dos idosos, com e sem HA, seguem tendências nacional e internacional, com predomínio, em ambos os grupos, de mulheres, baixas escolaridade e renda, e morar acompanhado. Destaca-se que aqueles com HA apresentaram faixa etária mais elevada e eram viúvos. Idosos com HA apresentaram melhor comportamento de saúde relacionado ao consumo de bebida alcoólica, porém, piores condições de saúde referentes à CA e ao número de morbidades.

Esses achados colaboram com informações para o planejamento de políticas de saúde voltadas à assistência da população idosa com HA, observando seus aspectos comportamentais e suas condições de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua completa de mortalidade para o Brasil - 2019 - Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil [Internet]. IBGE; 2020 [cited 2021 Jun 01]. Available from: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2019.pdf.

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2022.66471

2. Bento IC, Mambrini JVM, Peixoto SV. Contextual and individual factors associated with arterial hypertension among Brazilian older adults (National Health Survey - 2013). Rev bras epidemiol. 2020 [cited 2021 Jun 01]; 23:e200078. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-549720200078.
3. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Brazilian Guidelines of Hypertension – 2020. Arq bras cardiol. 2021 [cited 2021 Jun 01]; 116(3):516–658. DOI: https://doi.org/10.36660/abc.20201238.
4. Firmo JOA, Peixoto SV, Loyola AI, Souza-Júnior PRB, Andrade FB, Lima-Costa MF, et al. Health behaviors and hypertension control: the results of ELSI-BRASIL. Cad saúde pública. 2019 [cited 2021 Jun 01]; 35(7):e00091018. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00091018.
5. Lima JP, Abreu DPG, Bandeira EO, Brum AN, Garlet BB, Martins NFF. Functional health literacy in older adults with hypertension in the Family Health Strategy. Rev bras enferm. 2020 [cited 2021 Jun 01]; 73(suppl 3):e20190848. DOI http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0848.
6. Santana BS, Rodrigues BS, Stival MM, Volpe CRG. Arterial hypertension in the elderly accompanied in primary care: profile and associated factors. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2019 [cited 2021 Jun 01]; 23(2):e20180322. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0322.
7. Sousa ALL, Batista SR, Sousa AC, Pacheco JAS, Vitorino PVO, Pagotto V. Hypertension Prevalence, Treatment and Control in Older Adults in a Brazilian Capital City. Arq bras cardiol [cited 2021 Jun 01]. 2019; 112(3):271-8. DOI: http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180274.
8. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in an outpatient population: influence of literacy. Arq neuropsiquiatr. 1994 [cited 2021 Jun 01]; 52(1):1-7. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001.
9. Benedetti TB, Mazo GZ, Barros MVG. Application of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) for evaluation of elderly women: concurrent validity and test-retest reprodutibility. Rev bras ciênc mov. 2004 [cited 2021 Jun 01]; 12(1):25-34. Available from: https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/538/562.
10. World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2021 Jun 01]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305057/.
11. Almeida OP, Almeida SA. Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form. Arq neuropsiquiatr. 1999 [cited 2021 Jun 01]; 57(2B):421-6. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013.
12. World Health Organization Expert Committee. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. World Health Organ Tech Rep Ser. 1995 [cited 2021 Jun 01]; 854:1-452. Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf?ua=1.
13. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000 [cited 2021 Jun 01]; 894:1-7. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330.
14. Silva P, Tibana R, Sousa N, Pinheiro V, Santos R, Bastos É, et al. Quality of life and physical activity level of elderly normotensive and hypertensive registered in the family health strategy. Rev bras ativ fís saúde. 2016 [cited 2021 Jun 01]; 21(3):220-7. DOI: http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.21n3p220-227.
15. Menezes TN, Oliveira ECT, Fischer MTS, Esteves GH. Prevalence and control of hypertension in the elderly: A population study. Rev port saúde pública. 2016 [cited 2021 Jun 01]; 34(2):117-24. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.04.001.
16. Villela PTM, Oliveira EB, Villela PTM, Bonardi JMT, Bertani RF, Moriguti JC, et al. Salt Preference is Linked to Hypertension and not to Aging. Arq bras cardiol. 2019 [cited 2021 Jun 01]; 113(3):392-9. DOI: http://dx.doi.org/10.5935/abc.20190157.
17. Zdrojewski T, Wizner B, Więcek A, Ślusarczyk P, Chudek J, Mossakowska M, et al. Prevalence, awareness, and control of hypertension in elderly and very elderly in Poland: results of a cross-sectional representative survey. J Hypertens. 2016 [cited 2021 Jun 01]; 34(3):532–8. DOI: http://dx.doi.org/10.1097/HJH.0000000000000823.
18. Wang Q, Xu L, Li J, Sun L, Qin W, Ding G, et al. Association of anthropometric indices of obesity with hypertension in chinese elderly: an analysis of age and gender differences. Int J Environ Res Public Health. 2018 [cited 2021 Jun 01]; 15(4):801. DOI: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15040801.
19. Moreira RP, Ferreira GO, Felício JF, Lima PA, Gomes TF, Oliveira FBB. Home health education of hypertensive and/or diabetic elderly. Rev enferm UFPE on line. 2020 [cited 2021 Jun 01]; 14:e245034. DOI: http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963.2020.245034.
20. Francisco PMSB, Segri NJ, Borim FSA, Malta DC. Prevalence of concomitant hypertension and diabetes in Brazilian older adults: individual and contextual inequalities. Ciênc Saúde Colet. 2018 [cited 2021 Jun 01]; 23(11):3829–40. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.29662016.
21. Uchmanowicz B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Rosińczuk J, Froelicher ES. Factors influencing adherence to treatment in older adults with hypertension. Clin Interv Aging. 2018 [cited 2021 Jun 01]; 13:2425–41. DOI: http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S182881.
22. Mota TA, Alves MB, Silva VA, Oliveira FA, Brito PMC, Silva RS. Factors associated with the functional capacity of elderly individuals with hypertension and/or diabetes mellitus. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2019 [cited 2021 Jun 01]; 24(1):e20190089. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0089.
23. Flores TR, Gomes AP, Soares ALG, Nunes BP, Assunção MCF, Gonçalves H, et al. Counseling by health professionals and healthy behaviors among the elderly: population-based study in Pelotas, South of Brazil, 2014. [cited 2021 Jun 01]. Epidemiol Serv Saúde. 2018 [cited 2021 Jun 01]; 27(1):e201720112. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100012.
24. Oliveira IM. Hipertensão arterial sistêmica em idosos de São Paulo e fatores associados ao diagnóstico, não diagnóstico e controle: Estudo SABE [Internet] [Master thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2018 [cited 2021 Jun 01]. Available from: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-17042018-100831/.

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2022.66471

25. Nóbrega T, Figueiredo MC. Empowerment of the aged with arterial hypertension: a scoping review. Revista UIIPS. 2020 [cited 2021 Jun 01]; 8(1):246–59. DOI: https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19896.
26. Nobre ALCSD, Lima CA, Oliveira MJL, Vieira DMA, Martelli Júnior H, Costa SM. Hypertense individuals assisted in secondary care service: cardiovascular risk and social determinants of health. Cad saúde coletiva. 2020 [cited 2021 Jun 01]; 28(3):334–44. DOI: https://doi.org/10.1590/1414-462X202028030386.
27. Barbosa MB, Pereira CV, Cruz DT, Leite ICG. Prevalence and factors associated with alcohol and tobacco use among non-institutionalized elderly persons. Rev bras geriatr gerontol. 2018 [cited 2021 Jun 01]; 21(02):123–33. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170185.
28. Damázio LCM, Filho GRS, Pereira ACL, Leão TLO, Ferreira LC, Mourão FN. The effects of a program of physical activity on the blood and heart pressure of hypertensive patients and physical deficients. Revista de Atenção à Saúde. 2019 [cited 2021 Jun 01]; 17(59):81–7. DOI: https://doi.org/10.13037/ras.vol17n59.5836.
29. Pereira CEA, Silva AMS, Sousa DC, Galvão MM. The representation of the nursing consultation for the elderly of hiperdia. Rev enferm atenção saúde. 2019 [cited 2021 Jun 01]; 8(2):18–32. DOI: https://doi.org/10.18554/reas.v8i2.3738.
30. Bui Van N, Vo Hoang L, Bui Van T, Anh HNS, Minh HT, Do Nam K, et al. Prevalence and risk factors of hypertension in the Vietnamese elderly. High Blood Press Cardiovasc Prev. 2019 [cited 2021 Jun 01]; 26(3):239–46.
31. Melo LA, Lima KC. Factors associated with the most frequent multimorbidities in Brazilian older adults. Ciênc Saúde Colet. 2020 [cited 2021 Jun 01]; 25(10):3879–88. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.35632018.
32. Jaime PC, Delmuè DCC, Campello T, Silva DO, Santos LMP. A look at the food and nutrition agenda over thirty years of the Unified Health System. Ciênc Saúde Colet. 2018 [cited 2021 Jun 01]; 23(6):1829–36. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05392018.
33. Corrêa MM, Facchini LA, Thumé E, Oliveira ERA, Tomasi E. The ability of waist-to-height ratio to identify health risk. Rev Saúde Públ. 2019 [cited 2021 Jun 01]; 53:66. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000895.
34. Ribeiro EG, Matozinhos FP, Guimarães GL, Couto AM, Azevedo RS, Mendoza IYQ. Self-perceived health and clinical-functional vulnerability of the elderly in Belo Horizonte/Minas Gerais. Rev bras enferm. 2018 [cited 2021 Jun 01]; 71(suppl 2):860–7. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0135.
35. Rêgo AS, Radovanovic CAT, Salci MA, Zulin A, Correia ET, Silva M, et al. Factors associated with the use of potentially inappropriate medications by elderly people with hypertension. Rev Bras Enferm. 2020 [cited 2021 Jun 01]; 73(suppl 3):e20200078. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0078.