

Análise do perfil clínico-epidemiológico dos idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica nas microáreas 4, 6 e 7 da USF tenoné**Analysis of the clinical and epidemiological profile of elderly carriers of systemic arterial hypertension in USF tenoné microarms 4, 6 and 7**

Recebimento dos originais: 28/08/2018

Aceitação para publicação: 29/09/2018

Jessika Rafaela Paixão Dias

Médica pela Centro Universitário do Estado do Pará

Instituição: Centro Universitário do Estado do Pará-CESUPA

Endereço: Tv. Doutor Enéas Pinheiro, 2328, Apt 1903 –Marco, Belém- PA, Brasil

E-mail: jessikapaixao_@hotmail.com

Raíssa Leão de Andrade

Médica pela Centro Universitário do Estado do Pará

Instituição: Centro Universitário do Estado do Pará-CESUPA

Endereço: Tv. Almirante Wandenkolk, 527 – Umarizal, Belém- PA, Brasil

E-mail: raissa.andrade@hotmail.com.br

Ana Catarina Mattos Fernandes

Médica pela Centro Universitário do Estado do Pará

Instituição: Centro Universitário do Estado do Pará-CESUPA

Endereço: Av. Almirante Barroso, 3775, Belém- PA, Brasil

E-mail: ana_catarina_mf@hotmail.com

Brenda Matsunaga Laurindo

Mestranda em Odontologia pela Universidade Estadual do Oeste do PR

Instituição: Centro Universitário do Estado do Pará-CESUPA

Endereço: Rodovia JK, 1005 – Jardim Equatorial, Macapá – AP, Brasil

E-mail: brenda.matsunaga@hotmail.com

Eliana Regine de Souza da Fonseca

Especialista em doenças infecto-parasitárias pela Universidade Federal do Pará

Instituição: Universidade Estadual do Oeste do PR-UNIOESTE

Endereço: Av. Almirante Barroso, 3775, Belém- PA, Brasil

E-mail: velianevalcacio@bol.com.br

RESUMO

OBJETIVO: Desenvolver um estudo acerca do perfil clínico-epidemiológico dos idosos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica cadastrados nas microáreas 4, 6 e 7 da Unidade de Saúde da Família (USF) do Tenoné, no período de Janeiro de 2015 à Janeiro de 2017, com o intuito de avaliar as dificuldades de adesão e permanência do tratamento proposto. **MÉTODO:** O trabalho adota um estudo observacional, transversal e analítico-descritivo, realizado em uma amostra com 48 pacientes idosos hipertensos, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados na USF Tenoné. Posteriormente, aplicou-se um questionário a um número de 19 pacientes acerca de

características baseadas no perfil clínico e epidemiológico, nas condições socioeconômicas, no estilo de vida e na adesão medicamentosa realizada por estes pacientes. Para a análise dos dados foram utilizados recursos de computação, por meio do processamento no sistema Microsoft Excel, *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0, todos em ambiente Windows 7. **RESULTADOS:** na análise entre as microáreas, não houve diferença significativa quanto ao número de pacientes. A faixa etária predominante entre os pacientes pertence ao intervalo entre 60 a 64 anos, sendo o sexo feminino o de maior prevalência. Observou-se também, um predomínio dos seguintes aspectos: raça mestiça, baixa escolaridade, circunferência abdominal acima de 88 centímetros, baixa renda, aposentadoria, sedentarismo, histórico familiar de HAS e ausência de comorbidades. **CONCLUSÃO:** a prevalência da HAS entre 60 e 64 anos mostrou-se ser uma tendência tanto na análise de prontuários como na de questionários, com predomínio em idosos pertencentes ao sexo feminino, com menor escolaridade, nos aposentados e nos que apresentam renda familiar de 1 a 2 salários mínimos.

Palavras Chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Perfil Clínico, Perfil Epidemiológico, Idoso, Tratamento.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To develop a study on the clinical-epidemiological profile of elderly patients with systemic arterial hypertension in micro areas 4, 6 and 7 of the Family Health Unit (FHU) from January 2015 to January 2017, in order to evaluate the difficulties of adherence and permanence of the treatment. **METHOD:** The study uses an observational, cross-sectional, analytical-descriptive study conducted in a sample of 48 hypertensive elderly individuals, with a duration of 60 years or more, of both sexes, enrolled at USF Tenoné. Subsequently, a number of 19 patients were applied on the clinical clinician and a clinician-of-profile of the same, performed in socioeconomic conditions, lifestyle and absence of medications by these patients. For an analysis of the data, computational resources were made through the processing of the Microsoft Excel system, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 22.0, all in a Windows 7 environment. **RESULTS:** in the analysis between the micro and the number of patients. The predominant age group among the afferents between 60 and 64 years old, the female being the most prevalent. One of the following aspects was also observed: mestizo race, low schooling, abdominal circumference above 88 cm, low income, retirement, sedentary lifestyle, familiarization history and absence of comorbidities. **CONCLUSION:** the prevalence of hypertension between the ages of 60 and 64 showed a trend towards the analysis of medical records as one of the questionnaires, with the predominance of the elderly with the female, with higher schooling, in the retirees and in those who took income family of 1 or 2 minors.

Keywords: Systemic Arterial Hypertension, Clinical Profile, Epidemiological Profile, Elderly, Treatment.

1 INTRODUÇÃO

HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela

presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e Diabetes Melitus (DM)¹.

A HAS é um problema de saúde pública no mundo e no Brasil e uma doença de grande proporção em termos socioeconômicos e de qualidade de vida. É considerada um dos mais importantes FR para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% dos óbitos por acidente vascular cerebral, por 25% dos óbitos por doença arterial coronariana e, 50% dos óbitos são por diabetes e insuficiência renal terminal^{2,12}.

Alguns fatores são identificados como de risco para adquirir esta doença, entre eles destacam-se a idade. Outros fatores são: excesso de peso e obesidade, ingestão excessiva de sal, ingestão de álcool, sedentarismo e hereditariedade²².

O Brasil vem envelhecendo de forma progressiva e acelerada, e uma consequência desse envelhecimento é a eclosão de problemas de saúde, principalmente as doenças cardiovasculares. Dentre as doenças crônicas e cardiovasculares, a hipertensão arterial é considerada uma das causas mais importantes de morbidade e mortalidade entre os idosos e um grande problema de saúde pública¹⁸.

Em todo o território nacional, o efeito combinado da redução dos níveis de fecundidade e mortalidade tem produzido transformações no padrão etário da população, aumentando o número de idosos. De acordo com o Censo 2010, a população brasileira é de cerca de 190 milhões de pessoas (190.755.799), sendo 20 milhões (20.590.599) com 60 anos ou mais, o que corresponde a 10,8% da população⁴.

Os resultados apresentados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstraram um aumento considerável da população com mais de 60 anos de idade para as próximas décadas³⁶.

O envelhecimento está associado ao processo biológico de declínio e deterioração que ocorre com a passagem do tempo, e é próprio daquelas pessoas que atingiram o estágio final do ciclo vital, no qual a idade se define como limitativo ao bem-estar biológico (fragilidade e/ou invalidez), psicológico (diminuição da velocidade dos processos mentais) e comportamental (isolamento)³.

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo¹⁴ que causa diversas alterações no organismo, sejam elas de ordem morfológica, psicológica, funcional ou biológica, levando à diminuição da capacidade funcional e ao desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis. Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas não-transmissíveis, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o mais prevalente⁵.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), também denominadas doenças crônico-degenerativas, caracterizam-se por apresentar um período longo de evolução, lesões irreversíveis e complicações que acarretam vários graus de incapacidade ou podem levar ao óbito¹⁹.

Por ser uma doença de curso silencioso e de múltiplos fatores de risco, o diagnóstico precoce da HAS, assim como o conhecimento dos fatores envolvidos, são necessários para garantir maior controle, melhor opção de tratamento e diminuição de hospitalizações e complicações em decorrência da doença¹. Estudos realizados tanto no Brasil como em outros países têm verificado elevada prevalência de HAS na população idosa⁶.

Sua elevada prevalência, associada à grande parcela de indivíduos hipertensos não diagnosticados e não tratados adequadamente, a coloca como um grave problema de saúde pública. A avaliação da eficácia dos serviços encarregados dos cuidados com os hipertensos, com a identificação de pontos fortes na atuação, pode representar importante ferramenta de gestão e planejamento¹⁶.

Diante do fato de que ações preventivas e terapêuticas direcionadas à HAS reduzem substancialmente a morbimortalidade por doenças cardiovasculares, é de grande importância que se monitore e analise o perfil e os fatores determinantes e condicionantes referentes à HAS, de modo a detectar mudanças nas suas tendências no tempo, no espaço geográfico e em grupos populacionais, colaborando para o planejamento de ações na área da saúde⁷.

Em virtude dos estudos epidemiológicos sobre a prevalência de HAS no âmbito populacional estarem especialmente concentrados nas regiões sul e sudeste do Brasil⁷, torna-se importante a compreensão da distribuição da doença e suas peculiaridades em outras regiões do país onde a informação ainda não está disponível ou se encontra incipiente, como é o caso das regiões norte e nordeste^{7,8}.

O processo de envelhecimento da população brasileira caracteriza-se por uma evolução desigual nas diferentes regiões, estados e municípios, sendo os anos 40 considerados o ponto inicial do envelhecimento da estrutura etária da população⁹.

O envelhecimento é um fenômeno que atinge todos os seres humanos, independentemente¹⁴. Sendo caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligados intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais¹⁰.

As alterações se originam do acúmulo de danos, ao longo da vida, causados, sobretudo, pela interação entre fatores genéticos e hábitos não saudáveis, como dieta desbalanceada, tabagismo, etilismo e sedentarismo¹¹.

Estudos epidemiológicos vêm demonstrando que doenças e limitações não são consequências inevitáveis do envelhecimento, elas dependerão do acesso que o indivíduo tem durante a vida aos

serviços preventivos, que o orientam para a redução de fatores de risco e levam à adoção de hábitos de vida saudáveis¹⁴.

Um estudo descritivo, quantitativo e de série histórica, que observou a evolução da prevalência de HA em indivíduos idosos no Brasil, entre os anos de 2006 e 2010, levantou nas cinco regiões do país prevalência média de hipertensão acima de 50%, em todos os anos analisados⁵.

Em relação ao tempo de evolução da doença, evidencia-se a característica da cronicidade da doença. Deve-se observar o tempo da doença, pois aliada à ausência de sintomatologia específica e complicações de longo prazo advindas do não controle da hipertensão, tende a se constituir em fatores dificultadores do processo de adesão ao tratamento e consequente controle satisfatório dos níveis tensionais¹⁵.

Na análise da associação da prevalência da HA referida com as características sociodemográficas e econômicas da população, observou-se que essa prevalência foi maior entre as mulheres, nas pessoas com idade menor que 70 anos, nos solteiros e/ou divorciados e de menor escolaridade, nos aposentados, nos que não trabalham e nos que apresentam renda familiar de 1 a 2 salários mínimos¹⁵.

O predomínio de mulheres pode ser explicado pelo processo de feminização da velhice, devido à mortalidade masculina ser superior à feminina, especialmente nas idades avançadas, dando às mulheres maior longevidade e possibilidade de desenvolver deficiências físicas e mentais ou doenças referidas. Este dado também pode ser explicado pela tendência da mulher em ter maior percepção acerca das doenças e do autocuidado, buscando mais frequentemente a assistência médica, de modo a aumentar a probabilidade de diagnóstico de doenças¹⁵. Além disso, diversos estudos mostram que a utilização de medicamentos anti-hipertensivos é menor entre os indivíduos do sexo masculino³³.

A influência dos fatores de risco (FR) cardiovasculares varia entre homens e mulheres. Considerando-se sexo e idade, mulheres idosas são mais propensas a apresentarem ruptura da placa aterosclerótica. Da mesma forma, mulheres tem maior predisposição a acúmulo de massa visceral, seja por condição hormonal ou hábito de vida¹⁷.

Em relação à idade, outra pesquisa realizada no Brasil revelou a predominância de idosos na faixa etária de 60 a 69 anos, ou seja, idosos jovens, o que pode ser explicado pelo fato de que o envelhecimento populacional no Brasil, diferentemente dos países desenvolvidos, iniciou mais recente, a partir da década de 1960, com a queda da taxa de fecundidade¹⁵.

Embora seja crescente o número de pesquisas realizadas no Brasil sobre o tema, ainda são poucos os estudos baseados em uma amostragem populacional nas últimas décadas. Por conta disto,

associar a magnitude e frequência de fatores de risco para a carga das DCNTs com o objetivo das políticas de promoção e prevenção dos programas de atenção primária ocasionou a necessidade de estudar o perfil desses participantes¹⁹.

Adesão ao tratamento é o fator mais importante para o controle efetivo da pressão arterial. Cerca de 40% a 60% dos pacientes em tratamento não fazem uso regular da medicação anti-hipertensiva. A porcentagem é maior quando a falta de adesão se relaciona a estilo de vida, como dieta, atividade física, tabagismo, etilismo. Esses fatores associados são responsáveis para a falta de controle da pressão arterial em mais de dois terços dos indivíduos hipertensos¹³.

A adesão é um fenômeno multidimensional, englobando o sistema e equipe de saúde, fatores relacionados ao tratamento, à doença, ao paciente e socioeconômicos. A falta de adesão ao tratamento por parte dos pacientes dificulta o sucesso terapêutico. Desta forma, a educação em saúde é imprescindível para haver o controle do quadro da pressão arterial. O paciente deverá ser instruído sobre o seu tratamento, desde os medicamentos até os principais efeitos colaterais, para maior confiabilidade no tratamento²¹.

O Programa HIPERDIA, criado em março de 2002 pelo Ministério da Saúde, trata-se de um plano de atenção à HAS e Diabetes Mellitus, estabelecendo diretrizes de para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, mediante a reorganização do trabalho. Nas unidades realizam-se reuniões com as equipes de saúde, voltadas para hipertensos e diabéticos, onde os pacientes recebem orientação sobre suas doenças, compartilham suas dificuldades e recebem os medicamentos necessários ao tratamento, mensalmente. A principal meta das ações da equipe de saúde ao hipertenso é a adesão do indivíduo ao tratamento²¹.

Fatores de risco para hipertensão arterial

Ingestão de sal

Estudos de intervenção de base populacional têm mostrado que quando a ingestão de sal é menor, há uma redução da pressão arterial. Além disso, tem sido demonstrado que o impacto da restrição de sal na redução da pressão arterial é superior em indivíduos de origem africana, em pessoas idosas e nos hipertensos relativamente à restante população. Estas diferenças entre a queda na pressão arterial foram, pelo menos em parte, devido às diferenças na capacidade de resposta do sistema renina-angiotensina²⁰. Em populações que utilizam dieta pobre em sal não foram constatados casos de HAS²¹.

Um estudo realizado com pacientes atendidos no Ambulatório de Hipertensão do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) revelou que a maioria das pessoas hipertensas, ou seja, aquelas que têm a pressão arterial elevada, ingerem até quatro vezes mais sal do que o recomendado pela OMS. Os portadores de pressão arterial alta devem limitar-se à

ingestão de somente quatro gramas. Para os autores da pesquisa, os temperos industrializados são os grandes vilões para a alimentação dos portadores de pressão arterial alta²³.

O consumo de alimentos processados, por vezes, adicionados de cloreto de sódio (sal de cozinha) durante o preparo ou consumo à mesa, é a principal causa da ingestão excessiva de sódio na população brasileira. Por este motivo, o Ministério da Saúde apresentou um Plano de Combate a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que inclui ações de promoção da alimentação saudável com a meta de reduzir o atual consumo médio de sal de 12g para 5g até 2022, destacando-se que o sal de cozinha é composto por cloreto (60%) de sódio (40%)²⁴.

Ingestão de álcool

O mais importante mecanismo fisiopatogênico da hipertensão arterial, ou seja, da HAS, é a resposta orgânica à sobrecarga de sódio. Sendo que é uma das causas de maior redução de expectativas e da qualidade de vida dos indivíduos³⁰.

Consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a pressão arterial (PA) de forma consistente. Uma meta-análise realizada em 2012, incluindo 16 estudos com amostra de 33.904 homens e 19.372 mulheres comparou a intensidade de consumo entre abstêmios e bebedores e um dos principais resultados foi que, em mulheres, houve efeito protetor com dose inferior a 10g de álcool/dia e risco de HA com consumo de 30-40g de álcool/dia, enquanto que nos homens, o risco aumentado de HA tornou-se consistente a partir de 31g de álcool/dia²⁵.

Os resultados de outra pesquisa realizada pelo instituto Vigitel, no período de 2006 a 2013, mostram que o consumo abusivo de álcool – ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, de bebidas alcoólicas em uma mesma ocasião, dentro dos últimos 30 dias - tem se mantido estável na população adulta, cerca de 16,4%, sendo 24,2% em homens e 9,7% em mulheres²⁶.

A ingestão de álcool por períodos longos pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular em geral. Observou-se que em populações brasileiras o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência da hipertensão arterial sistêmica de forma independente das características demográficas²⁷.

Sedentarismo

A obesidade é uma doença crônica de proporções epidêmicas e é considerada a mais importante desordem nutricional nos países desenvolvidos e em desenvolvimento³¹.

Estudos comprovam que a inatividade física é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doença cardiovascular mais prevalente atualmente. Nas últimas quatro décadas, houve aumento significativo do excesso de peso, que é caracterizado pela prevalência de sobrepeso ligada à de obesidade¹⁹.

A hipertensão arterial é um dos mais importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares independentemente do tamanho e peso corporais. Mas é de salientar que na obesidade, a hipertensão é uma das comorbidades mais frequentes²⁰.

Além da hipertensão, os doentes obesos apresentam frequentemente outras comorbidades (dislipidemia, diabetes) que os colocam num patamar mais elevado de risco cardiovascular. No doente obeso com hipertensão arterial, a perda de peso corporal deve ser considerada como componente da maior importância na prevenção primária da hipertensão²⁰.

Um estudo de base populacional em Cuiabá (MT), com amostra de 1.298 adultos, idade ≥ 18 anos revelou prevalência geral de sedentarismo de 75,8% (33,6% no lazer; 19,9% no trabalho; 22,3% em ambos), mas um dos resultados mais relevantes da pesquisa foi a associação significativa entre HA e idade, sexo masculino, sobrepeso, adiposidade central, sedentarismo nos momentos de folga e durante o trabalho, escolaridade inferior a oito anos e renda per capita < 3 salários mínimos²⁸.

Dados resultantes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada no ano de 2013 indicou que indivíduos insuficientemente ativos (adultos que não atingiram pelo menos 150 minutos semanais de atividade física considerando o lazer, o trabalho e o deslocamento) representaram 46,0% dos adultos, sendo o percentual significativamente maior entre as mulheres (51,5%). Houve diferença nas frequências de insuficientemente ativos entre faixas etárias, com destaque para idosos (62,7%) e para adultos sem instrução e com nível de escolaridade fundamental incompleto (50,6%)²⁹.

Genética

Existem dois tipos de HAS, a primária e a secundária, sendo que a maioria dos casos de hipertensão arterial tem predisposição genética (história familiar de hipertensão) e fatores ambientais³⁰.

Devido ao alto grau de complexidade da HA e partindo do pressuposto que a variação interindividual dos valores da PA são, em parte, determinados geneticamente, algumas abordagens vêm sendo utilizadas para identificar os genes que participam da origem da hipertensão. Estudos prévios demonstraram que níveis reduzidos de adiponectina, um hormônio produzido pelo tecido adiposo, foram associados à resistência ao tratamento anti-hipertensivo. Além disso, os polimorfismos de nucleotídeo único (SNPs) rs266729 e rs1501299 no gene da adiponectina ADIPOQ foram relacionados a risco de doenças cardiovasculares³².

Diagnóstico da hipertensão arterial

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença multifatorial e multisistêmica caracterizada por níveis elevados, sustentados e mantidos de pressão arterial (PA $\geq 140 \times 90$ mmHg)³⁵.

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a Hipertensão Arterial Sistêmica tem valores de PA padrão, facultativos. Os valores seguem a seguinte classificação: Ótima ($<120 \times <80$ mmHg); Normal ($<130 \times <85$ mmHg); Limítrofe ($130-139 \times 85-89$ mmHg); Hipertensão estágio 1 ($140-159 \times 90-99$ mmHg); Hipertensão estágio 2 ($160-179 \times 100-109$ mmHg); Hipertensão estágio 3 ($>180 \times >110$ mmHg); Hipertensão sistólica isolada ($>140 \times <90$ mmHg)³⁵.

A maior dificuldade de se obter um diagnóstico fidedigno é devido ao descuido na prática clínica, pois só aferir a pressão arterial não nos confere um diagnóstico correto, é necessário aferir três vezes em momentos diferentes de cada dia, estando o paciente em ambiente tranquilo e relaxado. Sendo que a correta aferição da P.A. é o procedimento estabelecido para o diagnóstico e prognóstico da doença³⁰.

Um sistema complexo controla o fluxo de sangue e regula a PA, porém cerca de 95% dos casos de HAS ainda têm origem multifatorial e causa desconhecida. Os outros 3% a 5% são diagnosticados com hipertensão secundária, que é a hipertensão advinda de doença subjacente. Contrapondo a HAS primária, alguns dos fatores que desencadeiam hipertensão secundária podem ser corrigidos ou tratados. Entre as causas mais comuns estão as doenças endócrinas e renais³¹.

É interessante observar que alguns pacientes quando na presença do médico apresentam pressão arterial elevada ou a situação contrária que é a hipertensão mascarada, quando dentro do consultório a pressão dele é normal e fora do consultório a pressão é elevada, sendo ainda mais grave³⁴.

As lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas também devem ser investigadas. A avaliação da medição da PA pode ocorrer no consultório e/ou fora dele, por meio de técnica adequada e equipamentos validados, além de levantamento do histórico de saúde (pessoal e familiar), hábitos de vida como a prática de atividade física, além da realização do exame físico e investigação clínica e laboratorial. Avaliações gerais dirigidas a todos e, em alguns casos, avaliações complementares apenas para grupos específicos são indicadas¹.

Aspectos específicos na medição da PA na população idosa são resultados de alterações próprias do envelhecimento, como a maior frequência do hiato auscultatório, que consiste no desaparecimento dos sons durante a deflação do manguito, resultando em valores falsamente baixos para a PAS ou falsamente altos para a PAD. A grande variação da PA nos idosos ao longo das 24 horas torna o uso do MAPA uma ferramenta muitas vezes útil¹.

A pseudohipertensão, que está associada ao processo aterosclerótico, pode ser detectada pela manobra de Osler, ou seja, a artéria radial permanece ainda palpável após a insuflação do manguito pelo menos 30 mmHg acima do desaparecimento do pulso radial¹. Maior ocorrência de EAB, hipotensão ortostática e pós-prandial e, finalmente, a presença de arritmias, como fibrilação atrial podem causar uma pseudohipertensão³⁷.

A dificuldade em se diagnosticar a HAS é ainda agravada pela variabilidade da pressão arterial em cada indivíduo. A pressão arterial varia de acordo com a hora do dia, com o grau de atividade física e com o estado emocional¹³.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

O trabalho adota um estudo observacional, transversal e analítico-descritivo, realizado em uma amostra de 48 pacientes idosos hipertensos, dentre os quais foram aplicados questionários à um número de 19, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados na Unidade de Saúde da Família (USF) do Tenoné. Este estudo foi autorizado pelo responsável da unidade (ANEXO C) e conta com o auxílio dos agentes comunitários de saúde (ACS) e demais funcionários.

2.2 Local de estudo

O estudo ocorreu na área adstrita à Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Tenoné, mais especificamente nas microáreas 4, 6 e 7, no período de Janeiro de 2015 a Janeiro de 2017.

2.3 Amostra

A casuística estudada foi composta por uma amostra de 48 pacientes idosos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e residentes nas microáreas 4, 6 e 7 da USF Tenoné.

2.4 Critérios de inclusão

Utilizou-se como critérios de inclusão: pacientes residentes nas microáreas 4, 6 e 7 da USF Tenoné, que possuíam vínculo com a ESF local; os pesquisados eram portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, de ambos os sexos, tinham idade igual ou superior a 60 anos, e concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO F). No caso de pacientes analfabetos, o TCLE foi lido e explicado para que pudessem vir a assiná-lo. Fica estabelecido que é “idoso” o indivíduo com 60 anos ou mais de idade.

2.5 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram: possuir idade inferior a 60 anos, a não assinatura do TCLE e não ser devidamente cadastrados nas microáreas contempladas (4, 6 e 7).

2.6 Instrumento e técnica de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada primeiramente na própria Unidade de Saúde da Família do Tenoné, através das fichas A, visando fazer um levantamento do número de idosos portadores de HAS incluídos na amostra.

No início da elaboração do trabalho, o C-SUS ainda não havia sido implantado na unidade, desta forma, a ficha A foi utilizada como instrumento de coleta.

Secundariamente, questionários foram aplicados pelo pesquisador aos pacientes residentes nas microáreas 6 e 7, após estes assinarem o TCLE, em meio à visitas domiciliares aos pesquisados. Aspectos relacionados às dificuldades de acesso impossibilitaram a aplicação de questionários à população residente na microárea 4, utilizando-se apenas os dados referentes às duas outras microáreas. Desta forma, nesta população, a pesquisa baseou-se apenas na análise de prontuários.

2.7 Questões éticas e legais

Após o aceite do orientador (ANEXO A), do coorientador (ANEXO B) e da USF (ANEXO C), e da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (ANEXO D), respeitando-se a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o Código de Nuremberg e a Declaração de Helsinque, que regulamentam a pesquisa em seres humanos, foi realizado um estudo observacional, transversal e analítico-descritivo sobre os idosos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica residentes nas microáreas 4, 6 e 7 da USF Tenoné.

Foram utilizados prontuários individuais e também ficha B-HÁ. Posteriormente, o estudo contou com a aplicação de questionários à 19 idosos portadores de HAS e residentes nas microáreas abordadas, acerca de características baseadas no perfil clínico e epidemiológico, nas condições socioeconômicas, no estilo de vida e na adesão medicamentosa realizada por estes pacientes.

Os pacientes submetidos à pesquisa receberam o TCLE antes do início da aplicação do questionário, informando-os sobre o sigilo, o anonimato de suas respostas, o acesso aos resultados obtidos e a participação voluntária. Dessa forma, o paciente pôde abandonar a pesquisa em qualquer momento sem prejuízos ou danos.

2.8 Análise de dados

Neste estudo utilizamos o teste não paramétrico Qui-quadrado de Pearson, adotando-se um nível de significância de $p\text{-valor} < 0.05$. Para a análise dos dados foram utilizados recursos de computação, por meio do processamento no sistema Microsoft Excel, Statistic Package for Social Sciences (SPSS) versão 22.0, todos em ambiente Windows 7.

2.9 Riscos e benefícios

O estudo em questão teve como principal objetivo proporcionar benefícios à população de idosos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica residentes nas microáreas 4, 6 e 7 da Unidade de Saúde da Família do Tenoné. Desta forma, ao oferecer um amplo espectro de conhecimentos que englobam desde o entendimento até o tratamento da doença HAS, possibilitou um maior conhecimento acerca da sua prevalência, buscando promover melhorias significativas nas ações de prevenção, promoção e proteção da saúde nessas áreas. Para a instituição de ensino Centro Universitário do Pará – CESUPA, a realização de um estudo com o seu nome envolvido proporcionou um maior renome à mesma no mercado comercial, à medida que este foi realizado em caráter de seriedade e de compromisso para com a sociedade.

Para o sujeito, o risco maior foi de que outras pessoas tivessem acesso aos dados coletados. Para minimizar este problema, o responsável pelo estudo guardou os devidos dados coletados em arquivos de uso próprio, evitando tal vazamento, e utilizou apenas as iniciais dos nomes dos pacientes. Para a instituição de ensino Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA, uma exposição inapropriada dos dados poderia acarretar risco à mesma, já que esta apoiou e esteve de acordo com quaisquer dados que fossem publicados no estudo. Para evitar tais complicações, o estudo em questão assumiu o compromisso de realizar uma coleta devida dos dados, de acordo com as normas da pesquisa. Para a Unidade de Saúde da Família do Tenoné, o risco maior teria sido a divulgação inapropriada de dados do estudo por parte do pesquisador. Para evitar tais erros, o pesquisador se responsabilizou por sujeitar a este somente os pacientes devidamente cadastrados no Programa Saúde da Família do Tenoné, e que estejam incluídos na faixa etária, microáreas e condição referidas como tema do estudo. Para a ciência, o risco maior teria sido a publicação de dados errôneos, além do não cumprimento das normas de realização do estudo.

3 RESULTADOS

PERFIL DOS PACIENTES SEGUNDO OS PRONTUÁRIOS

Esta etapa propõe apresentar o perfil dos pacientes que fizeram parte dessa pesquisa, no que se refere às variáveis de perfil clínico e epidemiológico. A amostra é composta por 48 idosos. Observa-se na tabela 1 que não há tendência significativa ($p > 0.05$) na amostra utilizada no que se refere à distribuição dos pacientes por microárea.

Tabela 1: Distribuição dos pacientes participantes da pesquisa segundo microárea.

Microárea	n	%	P-Valor
M4	11	22,92	0.1441 ^{ns}
M6	15	31,25	
M7	22	45,83	
Total	48	100,00	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p -valor < 0.05).

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H₀: Existe tendência significativa na distribuição das variáveis ($p < 0.05$).

Segundo a tabela 2, a faixa etária predominante entre os pacientes pertence ao intervalo entre 60 a 64 anos, de forma significativa ($p < 0.05$), visto que 23 (47,92%) dos participantes encontram-se nesta faixa etária. A idade média do grupo é 62 anos ($\mu = 68,44 \pm 7,64$).

Tabela 2: Distribuição dos pacientes participantes da pesquisa segundo faixa etária.

Faixa Etária	n	%	P-Valor
60-64	23	47,92	<0.0001**
65-69	4	8,33	
70-74	11	22,92	
75-79	5	10,42	
80-84	4	8,33	
85-89	1	2,08	
Total	48	100,00	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p -valor < 0.05).

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H₀: Existe tendência significativa na distribuição das variáveis ($p < 0.05$).

A maioria significativa ($p < 0.05$) dos pacientes pertence ao sexo feminino (29; 60,42%).

Tabela 3: Distribuição dos pacientes participantes da pesquisa segundo o sexo.

Sexo	n	%	P-Valor
Feminino	29	60,42	0.0231**
Masculino	19	39,58	
Total	48	100,00	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p -valor < 0.05).

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H_0 : Existe tendência significativa na distribuição das variáveis ($p < 0.05$).

A tabela 4 mostra o total de pacientes idosos com hipertensão arterial. Segundo esta, as mulheres são mais frequentes, representando 60,42% (29) dos idosos hipertensos. Nos dois grupos, feminino e masculino, há maior frequência de idosos com HAS nas faixas etária de 60 a 64 anos e na faixa de 70 a 74 anos, no caso das mulheres.

Tabela 4: Distribuição dos pacientes segundo o sexo e a faixa etária.

Faixa Etária	Sexo				Total		P-Valor
	Feminino		Masculino		n	%	
	n	%	n	%			
60-64	13	27,08	10	20,83	23	47,92	0.0010**
65-69	2	4,17	2	4,17	4	8,33	
70-74	9	18,75	2	4,17	11	22,92	
75-79	3	6,25	2	4,17	5	10,42	
80-84	2	4,17	2	4,17	4	8,33	
85-89	0	0,00	1	2,08	1	2,08	
Total	29	60,42	19	39,58	48	100,00	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

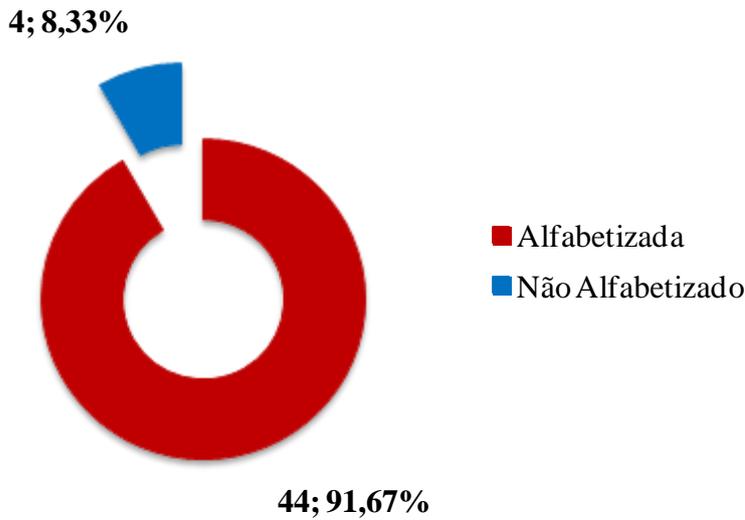
Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p -valor < 0.05).

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H_0 : Existe tendência significativa na distribuição das variáveis ($p < 0.05$).

Verifica-se na figura 1 que a maioria significativa ($p < 0.05$) dos pacientes são alfabetizados (44; 91,67%).

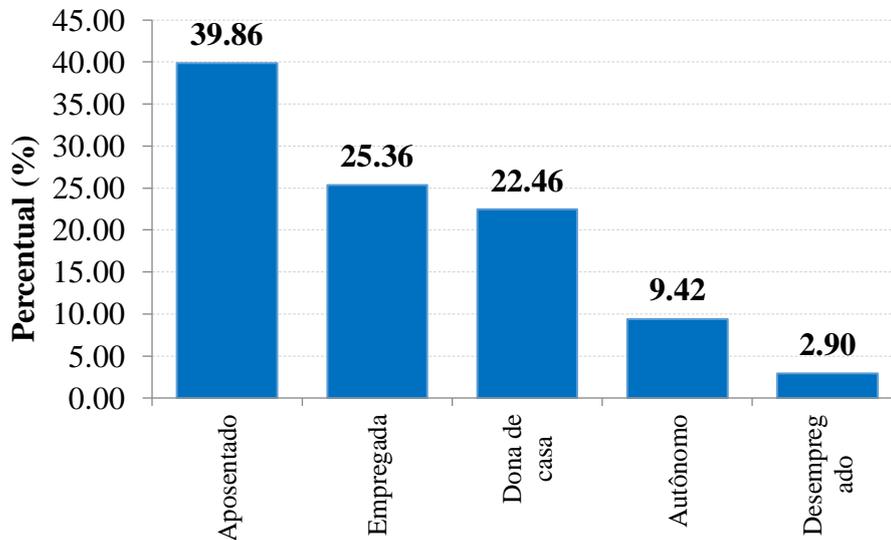
Figura 1: Distribuição dos pacientes participantes da pesquisa segundo o grau de escolaridade.



Fonte: Protocolo de pesquisa.

Entre os participantes, existe tendência significativa ($p < 0.05$) de que a maioria seja aposentada (29; 60,42%).

Figura 2: Distribuição dos pacientes participantes da pesquisa segundo o tipo de ocupação.



Fonte: Protocolo de pesquisa.

Segundo a tabela 5, a maioria significativa ($p < 0.05$) dos pacientes relatou apresentar Hipertensão Arterial (HAS) isolada (37; 68,52%). Além disso, ressalta-se que 11 pacientes possuem Hipertensão Arterial associada ao Diabetes e 6 possuem apenas Diabetes.

Tabela 5: Distribuição dos pacientes participantes da pesquisa segundo a situação clínica.

Situação Clínica	n	%	P-Valor
HAS	37	68,52	
HAS e Diabetes	11	20,37	<0.0001**
Diabetes	6	11,11	
Total	54	100,00	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p-valor <0.05)

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H₀: Existe tendência significativa na distribuição das variáveis (p<0.05).

Perfil dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo os questionários

A tabela 6 mostra que não há uma tendência significativa (p<0.05) na distribuição da idade dos pacientes. Porém, ressalta-se que 6 (31,58%) pacientes tem idade entre 60 e 64 anos e a idade média do grupo corresponde a 70 anos ($\mu = 70,05 \pm 7,72$).

Tabela 6: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo a faixa etária.

Faixa Etária	n	%	P-Valor
60-64	6	31.58	
65-69	2	10.53	
70-74	4	21.05	
75-79	5	26.32	
80-84	2	10.53	
Total	19	100.00	0.809 ^{ns}

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

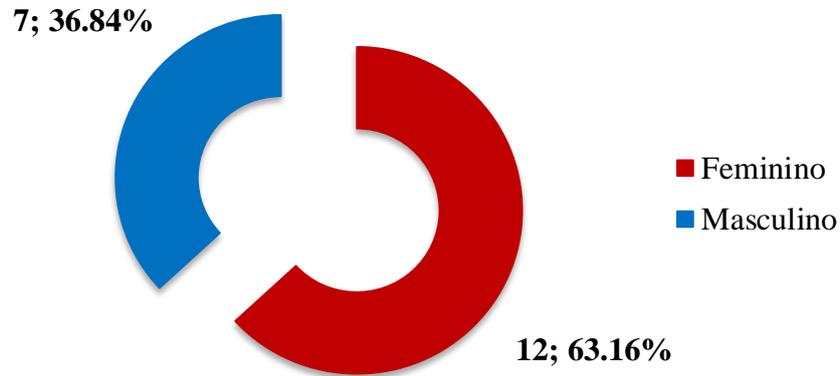
Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p-valor <0.05)

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H₀: Existe tendência significativa na distribuição das variáveis (p<0.05).

A maioria dos pacientes das microáreas 6 e 7 é do sexo feminino (12; 63,16%), porém esta não é uma tendência significativa (p>0.05) entre os pacientes.

Figura 3: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo o sexo.



Fonte: Protocolo de pesquisa.

Conforme mostra a tabela 7, 11 (57,89%) pacientes têm raça mestiça e esta mostrou-se ser uma significativa ($p < 0.05$).

Tabela 7: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo a raça.

Raça	n	%	P-Valor
Mestiça	11	57.89	0.001**
Mulato	3	15.79	
Negra	2	10.53	
Amarela	2	10.53	
Branca	1	5.26	
Total	19	100.00	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p -valor < 0.05)

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H_0 : Existe tendência significativa na distribuição das variáveis ($p < 0.05$).

Os dados da tabela 8 demonstram que 13 (68,42%) pacientes possuem ensino fundamental incompleto e esta mostrou-se ser uma tendência significativa ($p < 0.05$) entre eles.

Tabela 8: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo a escolaridade.

Escolaridade	n	%	P-Valor
Ensino Fundamental Incompleto	13	68.42	
Ensino Fundamental Completo	2	10.53	
Ensino Médio Completo	1	5.26	0.000**
Não Alfabetizado	3	15.79	
Total	19	100.00	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p-valor <0.05)

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H₀: Existe tendência significativa na distribuição das variáveis (p<0.05).

A associação da medida da circunferência abdominal com o IMC pode oferecer uma forma combinada de avaliação de risco e ajudar a diminuir as limitações de cada uma das avaliações isoladas. O quadro 1, proposto pela OMS, resume a avaliação de risco com essas medidas associadas.

Quadro 1: Combinação das medidas de circunferência abdominal e IMC para avaliar obesidade e risco para diabetes e doença cardiovascular.

Circunferência Abdominal (cm)			
Risco de complicações metabólicas	IMC (kg/m ²)	Homem: 94 - 102	102+
		Mulher: 80 - 88	88+
Baixo peso	<18,5	-	-
Peso saudável	18,5 - 24,9	-	Aumentado
Sobrepeso	25 - 29,9	Aumentado	Alto
Obesidade	≥30	Alto	Muito alto

Fonte: OMS.

Observa-se na tabela 9 que tanto homens como mulheres apresentaram medidas de circunferência abdominal acima de 88 cm, de forma que 8 (42,11%) homens e 6 (31,58%) mulheres apresentaram estas medidas aumentadas. Verifica-se que o p-valor é menor do que o nível de significância adotado de 0.05, indicando que há uma relação significativa entre as medidas de CA e o sexo dos pacientes, de modo que entre os homens, apenas 1 têm CA de até 88cm, enquanto que

entre as mulheres, 4 (21,05%) apresentaram CA entre 80 e 88 cm, o que já é um indicativo de risco de complicações metabólicas.

Tabela 9: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo a circunferência abdominal (cm) e o sexo.

Circunferência abdominal (cm)	Homens		Mulheres		P-Valor
	n	%	n	%	
Até 80 cm	1	5.26	0	0.00	0.0278*
80 a 88 cm	0	0.00	4	21.05	
Acima de 88 cm	8	42.11	6	31.58	
Total	9	47.37	10	52.63	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p-valor <0.05)

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H0: Existe tendência significativa na distribuição das variáveis (p<0.05).

De acordo com a tabela 10, não existe relação significativa entre a variável circunferência abdominal e pressão arterial, de modo que tanto os pacientes com pressão arterial $\leq 140/90$ (8; 42,11%) como os pacientes com pressão arterial $> 140/90$ (6; 31,58%) concentram-se na faixa de circunferência abdominal acima de 88 cm. Porém, ressalta-se que esta tendência à circunferência abdominal acima de 88 centímetros é mais evidente entre os pacientes com pressão arterial $> 140/90$ (6; 31,58%).

Tabela 10: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7, segundo a circunferência abdominal e a pressão arterial.

Circunferência Abdominal	Pressão Arterial (PA)				Total		P-Valor
	PA $\leq 140/90$		PA $> 140/90$		n	%	
	n	%	n	%			
Até 80 cm	1	5.26	0	0.00	1	5.26	0.1014 ^{ns}
80 a 88 cm	4	21.05	0	0.00	4	21.05	
Acima de 88 cm	8	42.11	6	31.58	14	73.68	
Total	13	68.42	6	31.58	19	100.00	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p-valor <0.05)

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H₀: Existe tendência significativa na distribuição das variáveis (p<0.05).

Os homens apresentaram IMC variando entre peso saudável (3; 15,79%), sobrepeso (5; 26,32%) e obesidade (4; 21,05%), enquanto que as mulheres se concentraram no sobrepeso (6; 31,58%).

Tabela 11: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo o IMC (kg/m²) e sexo.

IMC (kg/m ²)	Homens		Mulheres		P-Valor
	n	%	n	%	
Baixo peso <18,5	0	0.00	0	0.00	
Peso saudável 18,5 - 24,9	3	15.79	1	5.26	
Sobrepeso 25 - 29,9	5	26.32	6	31.58	0.0478*
Obesidade ≥30	4	21.05	0	0.00	
Total	12	63.16	7	36.84	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

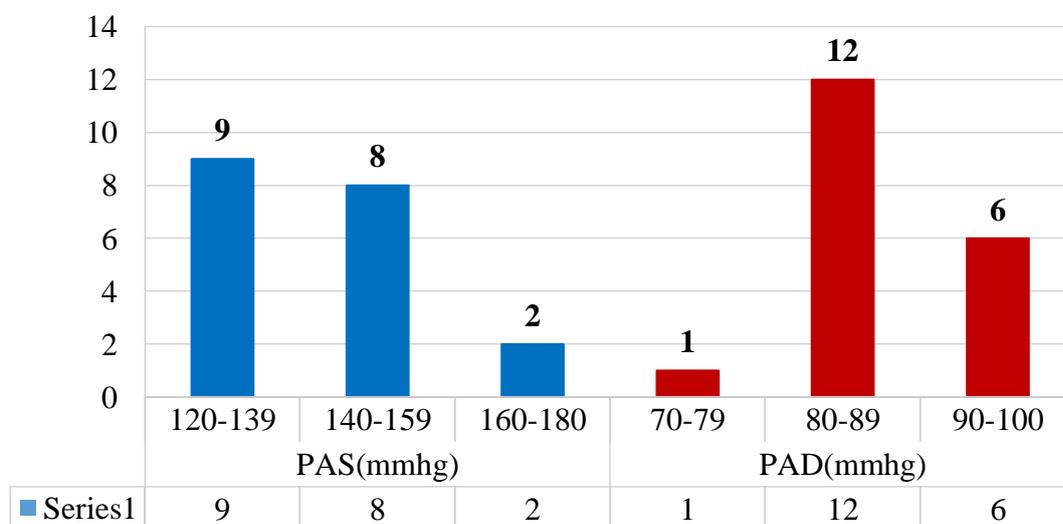
Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p-valor <0.05)

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H0: Existe tendência significativa na distribuição das variáveis (p<0.05).

Dados da figura 4 sugerem que a pressão arterial sistólica mais frequente pertenceu ao intervalo entre 120 e 139 mmhg (9; 47,37%), mas sem representar uma tendência entre os pacientes. Para pressão arterial diastólica, o intervalo entre 80 e 89 mmhg foi mais frequente (12; 63,16%), sendo uma tendência significativa entre os pacientes.

Figura 4: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo a Pressão Arterial.



Fonte: Protocolo de pesquisa.

A maioria dos participantes da pesquisa possuem renda entre 1 e 2 salários mínimos (16; 84,21%), de forma que esta é uma tendência significativa ($p < 0.05$) entre os pacientes.

Tabela 12: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo a renda.

Renda	n	%	P-Valor
Entre 1 e 2 salários mínimos	16	84.21	
Menor que 1 salário mínimo	3	15.79	0.003**
Total	19	100.00	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

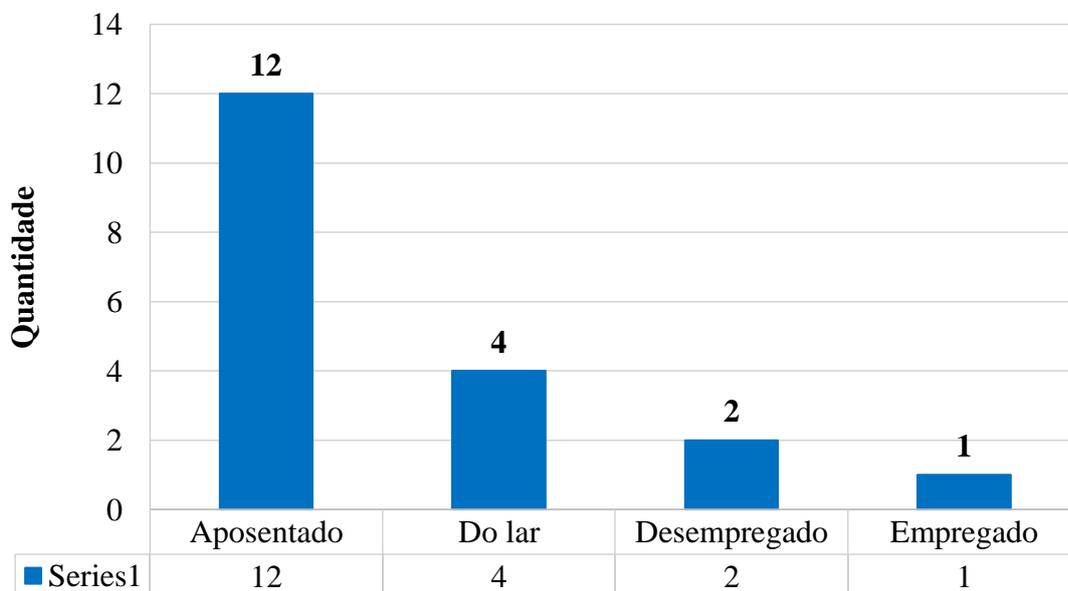
Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p-valor < 0.05)

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H₀: Existe tendência significativa na distribuição das variáveis ($p < 0.05$).

Segundo mostra a figura 5, a maioria dos participantes da pesquisa têm como principal ocupação a aposentadoria (12; 63,16%), de forma que esta é uma tendência significativa ($p < 0.05$) entre eles.

Figura 5: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo a Ocupação.



Fonte: Protocolo de pesquisa.

Observa-se na tabela 13 que 9 (47,37%) pacientes nunca fumaram e 9 (47,37%) já tiveram o hábito de fumar e atualmente não fumam mais, de forma que estas duas frequências mostraram ser

tendência. Observa-se, ainda, que 4 (21,05%) estão sem fumar entre 11 e 20 anos. Do total de 9 (100%) pacientes que não fazem uso mais do cigarro, 6 (66,67%) fizeram uso por um período entre 30 e 50 anos.

Tabela 13: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo os hábitos de tabagismo.

Variável	n	%	P-Valor
Tabagismo (n = 19)			
Sim	1	5.26	
Não	9	47.37	0.0344*
Nunca Fumou	9	47.37	
Há quanto tempo está sem fumar? (anos) (n = 9)			
1-10	3	33.33	
11-20	4	44.44	0.001**
21-30	1	11.11	
31-40	1	11.11	
Por quanto tempo fez uso do cigarro? (anos) (n = 9)			
10-29	3	33.33	0.000**
30-50	6	66.67	
Quantos maços costumava/costuma fumar por dia? (n = 10)			
<1/dia	8	80.00	
1/dia	1	10.00	0.000**
2/dia	1	10.00	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p-valor <0.05).

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H₀: Existe tendência significativa na distribuição das variáveis (p<0.05).

Conforme mostra a tabela 14, 17 (89,47%) pacientes não consomem bebida alcoólica. Ressalta-se que 8 pacientes consomem ou já consumiram. Destes, 5 (26,32%) relatam uso eventual.

Tabela 14: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7, participantes da pesquisa, segundo os hábitos de alcoolismo.

Variável	n	%	P-Valor
Alcoolismo (n = 19)			
Sim	2	10.53	0.001**

Não	17	89.47	
Por quanto tempo consome/consumiu? (anos) (n = 8)			
20-29	3	37.50	
30-39	2	25.00	0.891ns
40-50	3	37.50	
Qual a frequência de consumo da bebida alcoólica? (n = 19)			
3x/semana	3	15.79	
Eventualmente	5	26.32	0.001**
Nunca	11	57.89	
Ingeriu/ingere bebida alcoólica por quanto tempo? (anos) (n = 8)			
20-29	3	37.50	
30-39	2	25.00	0.891ns
40-50	3	37.50	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

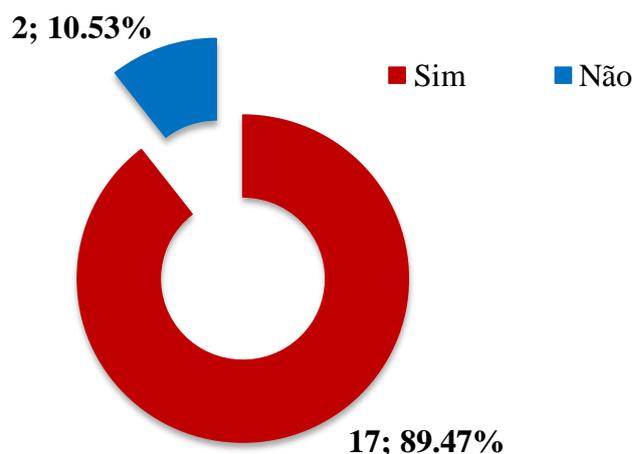
Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p-valor <0.05).

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H₀: Existe tendência significativa na distribuição das variáveis (p<0.05).

A maioria significativa (p<0.05) dos pacientes tem um comportamento sedentário (17; 89,47%).

Figura 6: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo o sedentarismo.



Fonte: Protocolo de pesquisa.

De acordo com a tabela 15, a maioria significativa ($p < 0.05$) dos pacientes faz uma dieta do tipo Hipossódica (16; 84,21%).

Tabela 15: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7, participantes da pesquisa, segundo a dieta.

Dieta	n	%	P-Valor
Hipossódica	16	84.21	
Normal	3	15.79	0.000**
Total	19	100.00	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

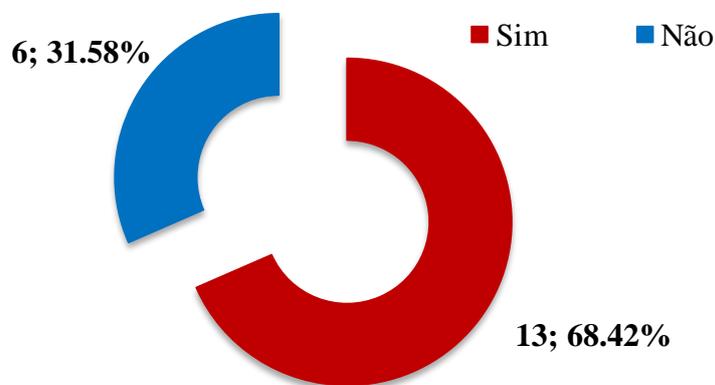
Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p -valor < 0.05)

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H_0 : Existe tendência significativa na distribuição das variáveis ($p < 0.05$).

A maior parcela dos pacientes tem HAS no histórico familiar (13; 68,42%), sendo esta característica uma tendência entre eles.

Figura 7: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo a história familiar de HAS.



Fonte: Protocolo de pesquisa.

De acordo com o tempo de diagnóstico da doença, 7 (36,84%) pacientes têm HAS por um período entre 16 e 20 anos (7; 36,84%).

Tabela 16: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo o tempo que possuem HAS (anos).

Há quanto tempo possui HAS? (anos)	n	%	P-Valor
1-5	4	21.05	0.000**
6-10	4	21.05	
11-15	1	5.26	
16-20	7	36.84	
26-30	3	15.79	
Total	19	100.00	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

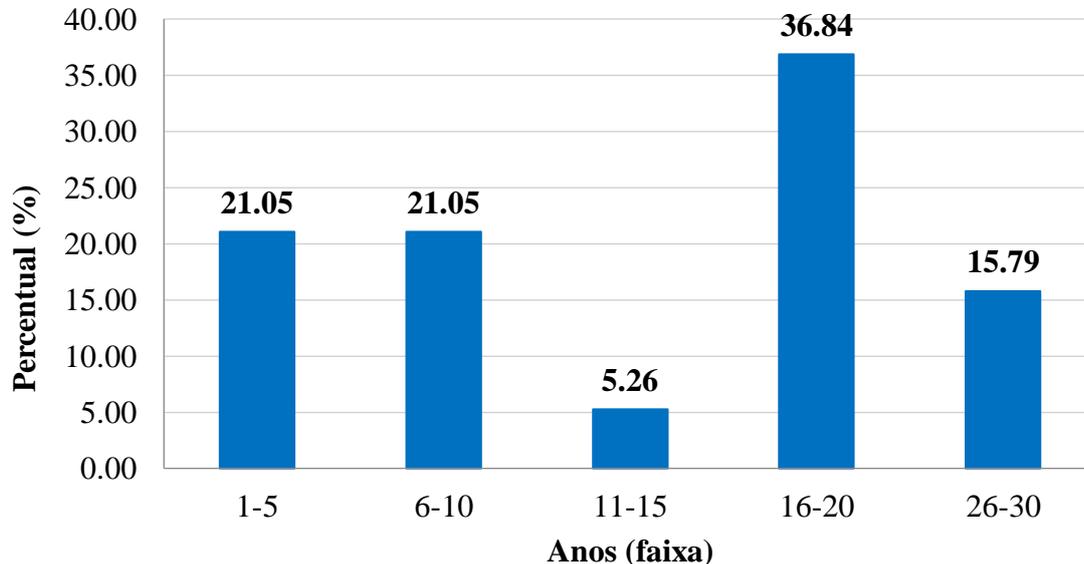
Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p-valor <0.05)

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H0: Existe tendência significativa na distribuição das variáveis (p<0.05).

Dentre os pacientes envolvidos no estudo, 7 (36,84%) tratam da HAS por um período entre 16 e 20 anos (7; 36,84%).

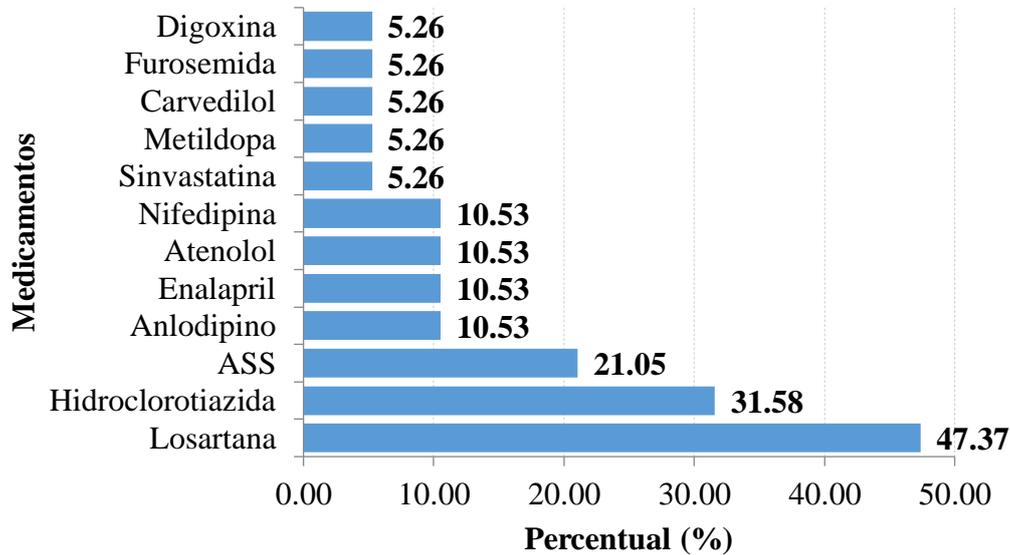
Figura 8: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo o tempo de início do tratamento para HAS (anos).



Fonte: Protocolo de pesquisa.

Verifica-se na figura 9, que 9 (36,84%) pacientes tratam da HAS usando o medicamento Losartana (9; 47,37%), sendo este o mais utilizado entre os pesquisados.

Figura 9: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo o medicamento usado.



Fonte: Protocolo de pesquisa.

Todos os pacientes (19, 100%) foram orientados sobre o uso correto dos medicamentos.

Tabela 17: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo a orientação medicamentosa (médica).

Foi orientado sobre o uso dos medicamentos?	n	%	P-Valor
Sim	19	100.00	
Não	0	0.00	0.000**
Total	19	100.00	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p-valor <0.05)

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H0: Existe tendência significativa na distribuição das variáveis (p<0.05).

Observando-se a tabela 18, a maioria dos pacientes (11, 57,89%) faz uso dos medicamentos nos horários corretos, seguindo as orientações médicas.

Tabela 18: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo a questão: “Costuma usá-los em horários diferentes do indicado?”.

Costuma usá-los em horários diferentes do indicado?	n	%	P-Valor
Sim	8	42.11	
Não	11	57.89	0.491ns
Total	19	100.00	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p-valor <0.05)

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H0: Existe tendência significativa na distribuição das variáveis (p<0.05).

A maioria dos pacientes (13, 68,42%) faz uso dos medicamentos e não costuma deixar de usá-los quando se sente bem.

Tabela 19: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7, participantes da pesquisa, segundo a questão: “Quando se sente bem, costuma deixar de usar os medicamentos?”.

Quando se sente bem, costuma deixar de usar os medicamentos?	n	%	P-Valor
Sim	6	31.58	
Não	13	68.42	0.108ns
Total	19	100.00	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p-valor <0.05)

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H0: Existe tendência significativa na distribuição das variáveis (p<0.05).

Segundo mostra a tabela 20, 9 (47,37%) pacientes relatam não deixar de tomar o medicamento caso ele lhe faça mal. Porém, esta não mostrou ser uma tendência significativa entre os pacientes.

Tabela 20: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo a questão: “Se alguma vez o medicamento lhe faz mal você deixa de tomá-lo?”

Se alguma vez o medicamento lhe faz mal você deixa de tomá-lo?	n	%	P-Valor
Sim	10	52.63	
Não	9	47.37	0.818ns
Total	19	100.00	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p-valor <0.05)

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H0: Existe tendência significativa na distribuição das variáveis (p<0.05).

A maioria dos pacientes (14, 73,86%) não costuma esquecer de tomar os medicamentos.

Tabela 21: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7, participantes da pesquisa, segundo a questão: “Costuma esquecer de tomar os medicamentos?”.

Costuma esquecer de tomar os medicamentos?	n	%	P-Valor
Sim	5	26.32	
Não	14	73.68	0.038*
Total	19	100.00	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p-valor <0.05)

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H0: Existe tendência significativa na distribuição das variáveis (p<0.05).

A maioria dos pacientes (15, 78,95%) não esqueceu de tomar os medicamentos na última semana.

Tabela 22: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo a questão: “Na última semana, quantas vezes não tomou os medicamentos?”.

Na última semana, quantas vezes não tomou os medicamentos?	n	%	P-Valor
-------------------------------------------------------------------	----------	----------	----------------

Nenhuma	15	78.95	
1 vez ou mais	4	21.05	0.011*
Total	19	100.00	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p-valor <0.05)

** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H₀: Existe tendência significativa na distribuição das variáveis (p<0.05).

Considerando-se um total de 19 pacientes que tem HAS, 6 (31,58%) apresentaram HAS alterada, mesmo fazendo uso de medicamentos, porém, 4 (66,67%) apresentaram HAS resistente, visto que fazem uso de 3 ou mais medicamentos. 2 (33,33%) participantes, porém, apresentaram HAS elevada, mesmo fazendo uso de pelo menos 1 (um) medicamento.

Tabela 23: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo o uso de medicamentos e a HAS resistente.

HAS Alterada	≥ 1		3≥		Total		P-Valor
	Medicamentos		Medicamentos				
	n	%	n	%	n	%	
S ¹ 140-159/D ² 90 - 100	0	0.00	4	66.67	4	66.67	
S ¹ 160-180/D ² 90 - 100	2	33.33	0	0.00	2	33.33	0.0143*
Total	2	33.33	4	66.67	6	100.00	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017).

Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p-valor <0.05)

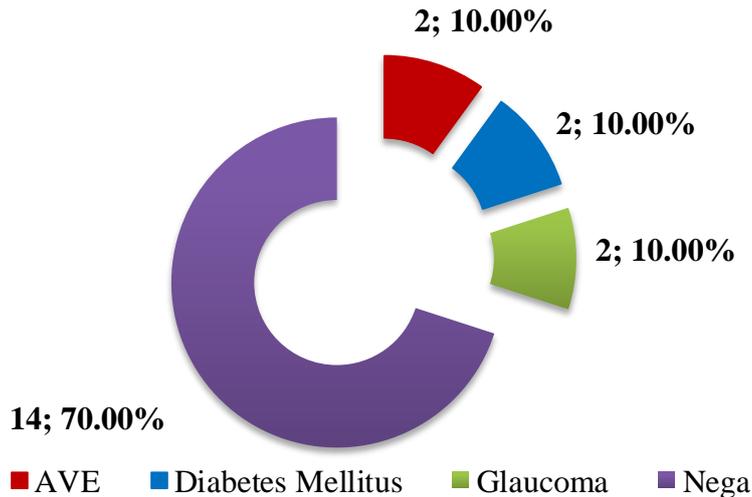
** Valores Altamente significativos; *Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H₀: Existe tendência significativa na distribuição das variáveis (p<0.05).

(¹) Sistólica; (²) Diastólica.

No que diz respeito às comorbidades, observa-se na figura 10 que a maioria dos pacientes (14, 73,68%) nega associação.

Figura 10: Distribuição dos pacientes das microáreas 6 e 7 segundo as Comorbidades.



Fonte: Protocolo de pesquisa.

4 DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado em uma amostra de 48 pacientes idosos hipertensos, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados na Unidade de Saúde da Família (USF) do Tenoné. A coleta de dados foi realizada primeiramente na própria USF, através das fichas A, visando fazer um levantamento do número de idosos portadores de HAS incluídos na amostra.

De acordo com o estudo, a distribuição dos pacientes participantes demonstrou um predomínio amostral pertencente à microárea 7, representando 45,83% do total participante. Num estudo semelhante acerca dos pacientes cadastrados com hipertensão arterial sistêmica em uma UBS no município de Uberlândia – MG, foi visto que a rua com maior amostra foi a Rua Tapicurus que apresenta 11 pacientes, referindo-se a 10% do total³⁸.

Em ambos os casos, porém, não houve uma tendência significativa na distribuição das variáveis relacionadas. No primeiro exemplo, tal fato possivelmente ocorreu em decorrência de uma amostragem relativamente pequena, já no segundo, parece ter sido consequência do grande número de variáveis analisadas.

A faixa etária predominante entre os pacientes pesquisados varia entre 60 a 64 anos, correspondendo a um total de 47,92% e sendo a idade média do grupo 62 anos. A população brasileira é atualmente composta por um número superior à 201 milhões de pessoas, sendo que 12,6% apresenta 60 anos ou mais⁵. FECHINE e TROMPIERI, concordando com este fato, sugeriram a ocorrência de um aumento considerável da população idosa (60 anos ou mais) projetado para as próximas décadas³⁶. Os resultados encontrados assemelham-se ao estudo realizado por VIEIRA, Chrystiany Plácido et al. em 2016, que revela maior prevalência da HAS na faixa etária entre 60 a 69 anos (56,3%), com uma idade média de 70 anos ($\pm 8,0$)¹⁵.

No que diz respeito à distribuição dos pacientes participantes da pesquisa de acordo com o sexo, observa-se que a maioria significativa ($p < 0.05$) dos pacientes pertence ao sexo feminino (29; 60,42%). Em 2015, em um estudo com uma amostra inicial composta por 1299 participantes, evidenciou-se que 60,9% pertenciam ao sexo feminino e 45,3% estavam na faixa etária acima dos 60 anos¹⁶.

Em ambos os sexos, há maior frequência de idosos com HAS nas faixas etárias de 60 a 64 anos e no intervalo de 70 a 74 anos, no caso das mulheres. Estas tendem a viver, em média, cinco a sete anos a mais que os homens, fato evidenciado em um estudo de caso realizado no ano de 2014. De acordo com este, a maior concentração (57,5%) de idosas hipertensas pertencia à faixa etária de 70 a 79 anos⁴.

Outro fator que poderia explicar o predomínio do sexo feminino é relacionado às alterações fisiológicas que ocorrem na mulher em decorrência do climatério, predispondo ao ganho de peso e ao maior risco de doenças cardiovasculares, em função do declínio de estrógenos⁷.

Em 2016, MENEZES, Tarciana Nobre et al. observou que os homens tendem a apresentar um risco 33,8% menor de serem diagnosticados com HAS⁷. Acredita-se que isto pode estar relacionado com uma menor procura do sexo masculino por serviços de saúde, já que os homens tendem a ser vistos como seres invulneráveis e, conseqüentemente, a se cuidar menos¹⁹. Além disso, um estudo realizado no estado do Rio de Janeiro sugeriu que a frequência de indivíduos que não utilizavam medicamentos de uso contínuo foi maior entre os membros do sexo masculino³³.

A maioria significativa ($p < 0.05$) dos pacientes estudados são alfabetizados (44; 91,67%), contrastando com um percentual de apenas 8,33% de pacientes não alfabetizados. O tempo de educação formal é inversamente proporcional à prevalência de HAS, ou seja, quanto menor a instrução, maior é a precariedade do acesso ao sistema de saúde⁵.

Um trabalho realizado em Abril de 2014 sugeriu que apenas índices de escolaridade acima de 11 anos de estudo demonstravam associação inversa com a não utilização de medicamentos por parte de pacientes hipertensos. Sabe-se que a escolaridade, por sua vez, tende a influenciar positivamente a saúde através do maior acesso à informação e por facilitar a implementação de intervenções favoráveis às mudanças no estilo de vida³³.

ZATTAR, Luciana Carmen et al., usando como modelo clínico 1.705 idosos, afirmou que houve maior prevalência de HAS entre aqueles com idades que variavam entre 70-79 anos (90,4%), com menor escolaridade (87,5%), que nunca fumaram (86%) ou que não reportaram consumo excessivo de bebida alcoólica (86,2%)⁶.

Entre os participantes da pesquisa, existe tendência significativa ($p < 0.05$) de que a maioria seja aposentado (29; 60,42%). Tal achado pode ser comparado com um estudo realizado no Piauí,

que compreendeu a análise de 126 idosos, mediante visita domiciliar, onde notou-se que 75,4% da amostra era aposentada, mas 24,6% ainda possuíam trabalho remunerado, muitas vezes para ajudar a complementar a baixa renda familiar¹⁵.

Em 2014, observou-se que quando comparada ao nível de escolaridade, a renda parece possuir maior influência em relação ao acesso aos serviços de saúde, assim como também ao tratamento da HAS, visto que o custo do medicamento é fator essencial para a adesão medicamentosa. Entre os idosos com hipertensão em Belo Horizonte, a falta de recurso financeiro foi a principal causa de má adesão³³. Neste mesmo artigo, constatou-se que os indivíduos desempregados apresentaram uma frequência de não utilização de medicamentos 20% superior quando comparada aos que trabalhavam. Já entre os aposentados, tal frequência foi cerca de 57% menor. Portanto, conclui-se que quanto menor a renda, maior tende ser a frequência de indivíduos que não fazem uso de medicamentos de uso contínuo.

A maioria dos pacientes analisados relatou apresentar problemas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) isolada (37; 77,08%), dentre estes, 11 (22,92%) possuem Diabetes como comorbidade associada. Dificilmente a HAS ocorre de forma isolada, sendo que a sua prevalência em pacientes com DM2 é duas vezes maior quando comparada à população não diabética. A DM2 é uma patologia de etiologia múltipla, caracterizando-se por hiperglicemia associada a déficit de insulina e/ou incapacidade da mesma de exercer sua atividade de maneira adequada. Em pacientes diabéticos, por sua vez, a HAS age como cofator no desenvolvimento de complicações, como doenças cardiovasculares, nefropatia e retinopatia¹³.

Ainda sobre a relação HAS e DM2, o diabetes provavelmente se associa à HAS devido aos efeitos anabolizantes e retentores de sódio decorrentes da insulina, gerando como consequência a disfunção endotelial³⁰. Ademais, a possibilidade de associação entre HAS e DM2 gira em torno de 50%, o que geralmente requer o manejo de ambas as doenças em um mesmo indivíduo¹⁶.

Após a coleta de dados por meio de fichas A, questionários foram aplicados pelo pesquisador à um número de 19 pacientes residentes nas microáreas 6 e 7, após assinatura do TCLE, em meio à visitas domiciliares aos pesquisados. Aspectos relacionados à dificuldades no acesso impossibilitaram a aplicação de questionários à população pertencente à microárea 4, utilizando-se apenas os dados referentes às duas outras microáreas. Nesta população, entretanto, a pesquisa baseou-se apenas na análise de prontuários.

De acordo com a análise de questionários, não houve uma tendência significativa na distribuição da idade dos pacientes. Ressalta-se que 6 (31,58%) pacientes têm idade entre 60 e 64 anos e a idade média do grupo corresponde a 70 anos ($\mu = 70,05 \pm 7,72$). Em 2016, porém, MENDES, Cláudia Rayanna Silva et al. observou que, considerando-se a faixa etária de 92

pacientes diagnosticados com hipertensão arterial, houve uma prevalência superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos de idade, o que pode ser explicado pelo desenvolvimento de alterações próprias do envelhecimento. A maioria da população, por sua vez, pertencia ao grupo de risco, já que há uma relação direta e linear da PA para com a idade²⁷.

Concordando com a análise de prontuários, a maioria dos pacientes das microáreas 6 e 7 pertence ao sexo feminino (12; 63,16%). A respeito da distribuição da idade dos pacientes, observou-se que a prevalência de HAS acima de 65 anos foi mais acentuada nas mulheres quando comparadas aos homens⁵. VIEIRA, Chrystiany Plácido et al., ao analisar o perfil sociodemográfico de determinada população, verificou que dentre os 126 idosos estudados, 69,8% pertenciam ao sexo feminino¹⁵.

Dentre os pacientes envolvidos, 11 (57,89%) são mestiços, constituindo-se como a raça predominante. Em uma análise realizada em 2016, com base em estudo populacional, verificou-se que os idosos de etnia não branca apresentavam maior susceptibilidade (43%) quando comparados aos de etnia branca, no que fez respeito à HAS referida. Em se tratando da HAS controlada, os indivíduos mais relacionados ao não controle da doença pertenciam à etnia não branca⁷.

Dentre os pacientes das microáreas 6 e 7, 13 (68,42%) possuem ensino fundamental incompleto. De acordo com MENDES, MORAES e GOMES, foi observado que nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul a prevalência de HAS nos indivíduos com apenas 0 a 8 anos de escolaridade foi superior aos que possuíam 9 a 11 anos e 12 ou mais anos de educação formal⁵. Desta forma, populações de educação mais precária tendem a receber menos informações e, com isso, não compreender a real necessidade da adesão ao tratamento instituído.

Sabe-se que a associação da medida da circunferência abdominal com o IMC pode oferecer uma forma combinada de avaliação de risco e ajudar a diminuir as limitações de cada uma das avaliações isoladas. Conforme mostrou CARVALHO, Carolina Abreu et al., dentre os índices antropométricos utilizados na avaliação do risco cardiovascular, o índice de massa corporal (IMC) tem sido o principal indicador utilizado na detecção da obesidade geral, enquanto que para obesidade abdominal, utiliza-se a circunferência da cintura (CC)⁴¹.

Em relação à circunferência da cintura, foi evidenciado que tanto homens como mulheres apresentaram medidas de circunferência abdominal acima de 88 cm, de forma que 8 (42,11%) homens e 6 (31,58%) mulheres apresentaram estas medidas aumentadas. Por outro lado, em se tratando de distribuição de acordo com o IMC, os homens apresentaram variações entre peso saudável (3; 15,79%), sobrepeso (5; 26,32%) e obesidade (4; 21,05%), enquanto que as mulheres concentraram-se no sobrepeso (6; 31,58%).

O incremento da adiposidade central tem importante associação com a elevação da pressão arterial. Para cada 4,5 cm de elevação na circunferência abdominal nos homens ou 2,5 cm no sexo feminino, a pressão arterial sistólica aumenta 1 mmHg. Desta forma, para melhor prevenção e controle da HAS, recomenda-se manter um perímetro abdominal < 102 cm para os homens, e < 88 cm para as mulheres, assim como um peso corporal adequado (IMC próximo de 25 kg/m²)²⁰.

Nesta investigação, não houve relação significativa entre a variável circunferência abdominal e pressão arterial, de modo que tanto os pacientes com pressão arterial ≤ 140/90 (8; 42,11%) como os pacientes com pressão arterial > 140/90 (6; 31,58%) concentram-se na faixa de circunferência abdominal acima de 88 cm. Porém, ressalta-se que esta concentração é maior nos pacientes com pressão arterial > 140/90 (6; 31,58%).

A pressão arterial sistólica mais frequente faz parte do intervalo entre 120 e 139 mmhg (9; 47,37%), mas sem representar uma tendência entre os pacientes. Em contrapartida, para pressão arterial diastólica, o intervalo entre 80 e 89 mmhg foi mais frequente (12; 63,16%), sendo uma tendência significativa entre os pacientes. No Estado do Rio Grande do Sul, uma recente pesquisa constatou que apenas 10,4% dos indivíduos submetidos ao tratamento medicamentoso apresentava níveis pressóricos adequadamente controlados, enquanto que um outro estudo mostrou uma taxa de apenas 24% no controle da PA. Sabe-se que estes resultados permanecem longe do objetivo ideal, porém, o percentual verificado está situado entre os melhores descritos na literatura¹⁶.

Em se tratando de renda familiar, a maioria dos participantes da pesquisa possuem renda entre 1 e 2 salários mínimos, assim como a ocupação de aposentadoria foi vista como predominante. Também segundo VIEIRA, Chrystiany Plácido et al., 75,4% de uma amostra analisada era aposentada, porém 24,6% da população ainda possuía alguma renda extra. A renda familiar da maioria (51,6%) compunha a faixa de até dois salários mínimos, enquanto que 24,6% relataram possuir renda familiar inferior a um salário mínimo¹⁵.

Na análise de hábitos, dentre os dados analisados, 9 (47,37%) pacientes nunca fumaram e 9 (47,37%) já tiveram o hábito de fumar e atualmente não fumam mais, de forma que estas duas frequências mostraram ser tendência entre os pacientes. Em se tratando de alcoolismo, 17 (89,47%) pacientes relataram não consumir bebida alcoólica. De acordo com ZATTAR, Luciana Carmen et al., a maioria dos entrevistados de um grupo de idosos de Santa Catarina nunca fumou e nem reportou uso excessivo de bebida alcoólica⁶.

Assim como visto na análise de prontuários, a maioria significativa dos pacientes possuem um comportamento sedentário (17; 89,47%). Por outro lado, cerca de 84,21 afirma fazer uso de uma dieta do tipo hipossódica. Dentre os principais mecanismos fisiopatogênicos relacionados a

HAS, a resposta orgânica à sobrecarga de sódio é o principal, seguindo com uma expressiva redução de expectativas e de qualidade de vida entre os indivíduos envolvidos³⁰.

A maior parcela dos pacientes tem HAS no histórico familiar (13; 68,42%). De acordo com um artigo publicado em 2015, cerca de 73% da população em questão possuía histórico familiar de HAS na família. Assim como também, de doenças cardíacas (55%), diabetes (24%) e doença renal (24%). Estas patologias têm estreita relação com os níveis hídricos, metabólitos e glicêmicos populacionais, portanto uma tende a afetar a outra³⁰.

Dentre todos os pacientes estudados, observa-se que 36,84% dos pacientes têm HAS por um período entre 16 e 20 anos, tendo iniciado o tratamento no momento do diagnóstico. O medicamento mais utilizado tende a ser o losartana, com um percentual de 47,37%, sendo que todos os pacientes (100%) foram orientados sobre o uso correto dos medicamentos para a doença. Foi visto também, que a maioria (68,42%) faz uso do medicamento e se alguma vez o medicamento lhe faz mal, não costuma deixar de tomá-los. Ainda se tratando da adesão medicamentosa, foi visto que 78,95% da amostra não esqueceu de tomar o medicamento na última semana.

MENGUE, Sotero Serrate et al., em 2016, relatou: dos medicamentos usados especificamente para controle da hipertensão, 7,6% eram associações em dose fixa, sendo as mais comuns hidroclorotiazida associada a losartana. Já em se tratando do uso isolado, o medicamento mais utilizado foi a hidroclorotiazida, com 23,9% de uso. Dentre a população que referiu HAS, 93,8% possuía indicação médica para tratar a doença com medicamentos. Essa indicação variou conforme a faixa etária estudada, sendo de 78% no grupo etário de 20 a 39 anos e 98,1% no de 60 anos ou mais, evidenciando uma tendência crescente da população idosa ao uso de medicamentos. Entre as pessoas que referiram ter indicação de tratamento medicamentoso, 94,6% estavam usando esses medicamentos no momento da entrevista⁸.

Dos pacientes abordados, 31,58% apresentaram HAS alterada, mesmo fazendo uso de medicamentos, porém, 66,67% apresentaram HAS resistente (HAR), visto que fazem uso de 3 ou mais medicamentos e 33,33% apresentaram HAS mais elevada, mesmo fazendo uso de pelo menos 1 medicamento. A associação de várias classes de anti-hipertensivos comprovou ser eficaz em vários estudos (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2012; Peres, 2014; Barroso et al., 2012). Os pacientes diagnosticados com HAR tendem a desenvolver retenção de líquido e expansão volumétrica, devido a isso, o uso de diurético tiazídicos de longa duração é tido como um tratamento efetivo e bem tolerado na maioria dos pacientes⁴².

Em 2016, constatou-se que: entre os entrevistados tratados com medicamentos específicos para hipertensão, 49,9% utilizavam apenas um fármaco, 36,1% dois fármacos e 13,5% três ou mais fármacos. O tratamento da hipertensão com mais de um fármaco aumentou com a idade. Na faixa

etária dos 20 aos 39 anos, o uso de mais de um fármaco foi feito por 43,3% dos hipertensos, enquanto acima dos 60 anos, foi de 52,2%⁸.

A maioria dos pacientes (73,68%) nega comorbidades. As complicações mais associadas a HAS foram o AVE e o IAM. O AVE vem ocorrendo cada vez mais precocemente no Brasil, tendo sido a comorbidade mais frequente entre os pacientes hipertensos, mesmo naqueles com melhor controle da PA. Em se tratando das doenças coronarianas, o IAM foi visto com um dos desfechos mais comuns.

REFERÊNCIAS

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2016004800002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

IBIAPINA, Daniela Fortes Neves; SANTOS, Alessandra Nascimento; OLIVEIRA, Layenne Nathanna Rodrigues. Conhecimento dos pacientes com hipertensão arterial sobre a quantidade de sódio presente nos alimentos. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 4, p. 75-85, 2014.

MOREIRA, Morvan. O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 15, n. 1, p. 79-94, 2014.

ALMEIDA, Alessandra Vieira et al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social/The Feminization of Old Age: a focus on the socioeconomic, personal and family characteristics of the elderly and the social risk. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 14, n. 1, p. 115-131, 2015.

MENDES, Gisele Soares; MORAES, Clayton Franco; GOMES, Lucy. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 273-278, 2014.

ZATTAR, Luciana Carmen et al. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil Prevalence and factors associated with high blood pressure, awareness, and treatment among elderly. **Cad. saúde pública**, v. 29, n. 3, p. 507-521, 2013.

MENEZES, Tarciana Nobre et al. Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos: um estudo populacional. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 117-124, 2016.

MENGUE, Sotero Serrate et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. supl2, p. 8, 2016.

NETO, Asdrúbal Nóbrega Montenegro. Obesidade, envelhecimento e risco cardiovascular no Brasil: possíveis soluções para problemas atuais. **Saúde. com**, v. 4, n. 1, 2016.

FECHINE, Basílio Rommel Almeida; TROMPIERI, Nicolino. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 20, 2015.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000200018

OLIVEIRA, Veronilde et al. Análise dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: estudo com colaboradores de uma instituição privada. **Saúde (Santa Maria)**, v. 43, n. 1, 2017.

SOARES, Isaac Lener Lages et al. Pacientes hipertensos e diabéticos tipo 2: fisiopatologia das comorbidades, adesão ao tratamento e complicações. **anais da JIC-Jornada de Iniciação Científica e Tecnológica**, v. 6, n. 1, 2016.

RIBEIRO, Mariana; CENDOROGLO, Maysa Seabra; LEMOS, Naira de Fátima Dutra. A percepção dos idosos acerca de seus hábitos de vida e comportamento de autocuidado quando jovens e a influência destes na saúde e envelhecimento. **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**. ISSN 2176-901X, v. 18, n. 2, p. 81-101, 2015.

VIEIRA, Chrystiany Plácido et al. Prevalência referida, fatores de risco e controle da hipertensão arterial em idosos/Self-reported prevalence, risk factors and hypertension control in older adults. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 413-420, 2016.

GUIMARÃES FILHO, Gilberto Campos et al. Evolução da pressão arterial e desfechos cardiovasculares de hipertensos em um Centro de Referência. **Arq Bras Cardiol [Internet]**, v. 104, n. 4, p. 292-8, 2015.

GUS, Iseu et al. Variações na prevalência dos fatores de risco para doença arterial coronariana no Rio Grande do Sul: uma análise comparativa entre 2002-2014. **Arq Bras Cardiol**, v. 105, n. 6, p. 573-579, 2015.

GONÇALVES, Hércia Regina Lima et al. Características ambientais e epidemiológicas de uma população de idosos hipertensos atendida em uma unidade de saúde da família em Imperatriz-MA. 2014.

CRUZ, Maria Luiza Silva et al. Associação entre atividade física e fatores de risco para hipertensão em participantes de um programa de promoção da saúde no município de Araranguá-sc. 2016.

SANTOS, Alejandro; PEREIRA, Carla. Alimentação e Hipertensão Arterial em Portugal. 2014.

PEREIRA, Ivana Maria Onofri. Proposta de intervenção interdisciplinar para a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Science**, v. 2, n. 2, p. 21-40, 2015.

CHAVES, Anna Paula Meireles. Abordagem em grupo de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus na unidade básica de saúde da família de São Sebastião em Campos dos Goytacazes-RJ. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2017.

BARRETTO, Flávia Risse; CUNHA, Iana Cândido. Avaliação da quantidade de sódio em alimentos Diet e Light em comparação com produtos convencionais. In: **Anais do Congresso de Ensino, Pesquisa e Extensão da UEG (CEPE)(ISSN 2447-8687)**. 2015.

CAVALCANTE, Maria Taiany Gomes et al. Consumo de sódio a partir de alimentos industrializados entre servidores de uma Universidade Pública. **Revista Interdisciplinar Ciências e Saúde-RICS**, v. 2, n. 3, 2015.

VALENTE, A. et al. Contributo da alimentação e estilo de vida para hipertensão arterial em diabéticos tipo 2: projeto PTranSALT. **2º Simpósio Nacional" Promoção de uma Alimentação Saudável e Segura–Qualidade Nutricional & Processamento Alimentar"(SPASS 2015), 26 novembro 2015, 2015.**

FACINA, Taís. VIGITEL Brasil 2013: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. 2014.

MENDES, Cláudia Rayanna Silva et al. Prática de autocuidado de pacientes com hipertensão arterial na atenção primária de saúde. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 17, n. 1, 2016.

LINO, Ayala Sabino et al. Comparação do perfil lipídico e protéico entre adultos sedentários e idosos ativos em uma população selecionada da cidade de Patos-PB. **Informativo Técnico do Semiárido**, v. 9, n. 1, p. 86-90, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. 2014.

LOPES, N. P. et al. Perfil de fatores determinantes da HAS de uma população específica em uma região delimitada de Curitiba-PR. **Revista do Curso de Enfermagem**, v. 1, n. 01, 2015.

LUCCA, M. et al. Atividade física habitual e suas possíveis implicações no controle da PA, perfil lipídico e qualidade de vida de pacientes hipertensos. 2015.

FARIA, Ana Paula Cabral de et al. Os polimorfismos-11377C/G e+ 276G/T no gene ADIPOQ estão associados aos níveis de adiponectina na hipertensão arterial resistente= Adiponectin polymorphisms-11377G/T and+ 276G/T are associated with adiponectin levels in resistant hypertension. 2014.

FERREIRA, R. A.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil : um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 815-826, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0815.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2017.

CAMPANA, E. M. G.; FARIA, R. A.; BRANDÃO, A. A. Hipertensão mascarada: diagnóstico e tratamento. **Rev. Bras. Cardiol. (Impr.)**, v. 27, n. 4, p. 289-292, 2014.

SANTOS, Jonivaldo Lopes et al. Fatores associados ao diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica em garis no município de Araguaína–TO no ano de 2015. **EXTRAMUROS-Revista de Extensão da Univasf**, v. 4, n. 2, 2016.

FECHINE, Basílio Rommel Almeida; TROMPIERI, Nicolino. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 20, 2015.

MALACHIAS, M. V. B. et al. Capítulo 2-Diagnóstico e Classificação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, p. 7-13, 2016.

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Perfil_epidemiologico_pacientes.pdf

AYRES, M.; AYRES JÚNIOR, M.; AYRES, D, L, e SANTOS, A, A, 2015, BIOESTAT - Aplicações estatísticas nas áreas das Ciências Biomédicas, Mamirauá, Belém, PA, 364 p.

BUSSAB, W, ; MORETTIN, P, Estatística básica, 3, ed, São Paulo: Saraiva, 2011.

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0479.pdf>

<http://seer.fcfar.unesp.br/rcfba/index.php/rcfba/article/view/195>

.