



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**



**MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE**

**CARACTERÍSTICAS AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICAS DE UMA POPULAÇÃO
DE IDOSOS HIPERTENSOS ATENDIDA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM IMPERATRIZ - MA**

HÉLCIA REGINA LIMA GONÇALVES

Goiânia - Goiás

2015

HÉLCIA REGINA LIMA GONÇALVES

**CARACTERÍSTICAS AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICAS DE UMA POPULAÇÃO
DE IDOSOS HIPERTENSOS ATENDIDA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM IMPERATRIZ - MA**

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Melo Rodrigues

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Goiânia - Goiás

2015

À minha família.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da sabedoria que nos proporciona dia a dia.

A minha família, meus Pais, meu irmão e minha cunhada, que sempre me incentivaram a seguir em frente e acreditaram na minha capacidade de vencer, em especial aos meus filhos Ana Beatriz e César Augusto que aceitaram ficar distantes por muitas vezes e aguentaram meu stress momentâneo.

A minha companheira, Nayara Santos, pela compreensão, paciência, companheirismo, ajuda e pelas palavras de coragem que disse nas horas mais críticas dessa jornada. Obrigada por tudo!!!

As minhas companheiras de viagens Fany Valentim, Perpétua, Cristina, Jaíne e em especial Virgília Borel por ter sido a grande responsável por essa grande conquista. Obrigada minha amiga!!!

Aos colegas de trabalho que sempre me deram apoio, Jane Assunção, Érika Tourinho, Cleize Ediani, Francisco Cutrim, Bárbara Novaes, Daisy Nogueira, Paolla Letícia Raquel Moraes e, enfim a toda a família UNISULMA.

A diretoria do IESMA/UNISULMA, na pessoa da Dra. Joanes Gláucia, pela compreensão de minhas ausências e ajuda nas dificuldades e incentivo com a política de apoio a atualização e aperfeiçoamento dos docentes.

Aos meus amigos Fabiano Lira, Rosiléia Cavalcante, Maria do Socorro Jacaúna, Maria Helena que sempre estiveram perto para me ajudar em todas as necessidades, em especial a Analita que segurou em minha mão e me pôs a concluir essa jornada. Se não fosse você não teria conseguido.

A toda equipe do Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde - PUC-GO, em especial ao Jader, secretário do MCAS, pela disponibilidade em ajudar sempre que necessário e ao Coordenador do MCAS, Dr. Nelson Jorge, pela compreensão e paciência em me orientar nas dificuldades encontradas no decorrer dessa jornada.

A minha orientadora, Profa. Dra. Flávia Melo Rodrigues, pela paciência e dedicação que teve comigo ao decorrer da execução dessa dissertação de mestrado. A senhora é mais que uma orientadora, é uma amiga. Meu muito obrigada!!!

As minhas queridas alunas do curso de enfermagem Acenate e Betiane pela ajuda na coleta dos dados e pelos elogios que foram um grande impulsor para a finalização do trabalho.

A Equipe de Saúde da Família, enfermeira Nazaré Margalho, médica Gisele, técnica de enfermagem Maria do Socorro, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) Maria Concebida, Ana Figueirêdo, Francisca, Rita, Raimunda e Quézia, pelas informações cedidas e a assistência prestada para a realização desse estudo.

Aos idosos que participaram dessa pesquisa, por sua disponibilidade, paciência e confiança ao fornecerem informações tão singulares. Meu muito Obrigada!

RESUMO

O Brasil vem envelhecendo de forma progressiva e acelerada, e uma consequência desse envelhecimento é a eclosão de problemas de saúde, principalmente às 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 pública. Por essa razão o presente estudo tem por objetivo descrever as características ambientais e epidemiológicas de uma população de idosos hipertensos atendidos em uma Unidade de Saúde da Família em Imperatriz - MA. Trata-se de um estudo de natureza descritiva, analítica e exploratória, realizada com 150 idosos, por meio de um formulário pré-estruturado organizado em dados sócio - demográficos, hábitos de vida e cuidados de saúde. O critério de inclusão: ser hipertenso, morador da área coberta pela USF e assinatura do TCLE. Foram obtidos os seguintes resultados: predominância do sexo feminino (80); cor parda (86); estado civil casado, sendo mulheres (46) e homens (48); grau de escolaridade foi o ensino fundamental; residência própria, porém sem pavimentação na rua e sem rede de esgoto. A maioria utilizava-se de água encanada para o consumo (112); a variação da idade foi de 60 – 95 anos, e média de 71,8 anos para as mulheres e 71,5 para os homens; a média de IMC foi menor nas mulheres (25,7) do que nos homens (26,5); a média da PA foi menor nas mulheres idosas (136x90,3mmHg) do que nos homens idosos (144,6x97,6 mmHg); 14 idosos (9,5%) informaram fazer uso do cigarro e 8 (5,5%) de bebidas alcoólicas; o consumo de frutas (61,5%), carne (73%) e peixe (50%) foi maior entre os homens e legumes (62,5%) entre as mulheres; a maioria dos idosos não pratica nenhuma atividade física, a procura pelo serviço de saúde foi maior entre as idosas (96%) e o serviço mais solicitado foi a UBS. Dentre os antecedentes mórbidos familiares foram encontrados a HA, DM e Câncer. Apesar de melhorias em alguns aspectos em relação à saúde do idoso, eles ainda precisam de uma assistência contínua e permanente, a fim de promover uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Envelhecimento. Idoso. Hipertensão. Saúde pública.

ABSTRACT

Brazil has been getting older in a progressive and accelerated way, and as a consequence of this aging is the outbreak of health problems, mainly cardiovascular diseases. Among chronic illnesses and cardiovascular diseases, arterial hypertension is considered one of the most important causes of morbidity and mortality among elderly and a big health problem. Therefore this study has the objective of describing the epidemiological and environmental characteristics of a hypertensive elderly population assisted in a Health Family Unit in Imperatriz – MA. This is a descriptive, analytical and exploratory study conducted with 150 elderlies, through a pre-structured form organized in social-demographics, life habits and health care data. Criterion for inclusion: Be hypertensive, live in an area covered by USF and assigned by TCLE. The following results were obtained: Female predominance (80); mixed race (86); married people female (46), and male (48); level of education was Elementary School; own residence, but without paving street and sewerage. Most of them had been using treated water (112); ages between 60—95 years, average age 71,8 years for women, and 71,5 for men; the IMC average was lower for women (25,7) than for men (26,5); the PA average was lower in elderly women (136x90,33 mmHg) than in elderly men (144,6x97,6 mmHg); 14 elderlies (9,5%) reported the cigarette usage and 8 (5,5%) alcoholic beverage; the consumption of fruits (61,5%), meat (73%) and fish (50%) was bigger among men, and vegetable (62,5%) among women; most of the elderlies do not practice any physical activity, the demand for health services was higher among the elderly women (96%) and the most requested service was UBS. Among morbid familiar history were found the HA, DM and Cancer. Even though it had improvements in some aspects related to elderly health, they still need continuous and permanent assistance, in order to improve their quality of life.

Keywords: Aging. Elderly. Hypertension. Public health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1:	Dados epidemiológicos do envelhecimento no Brasil entre os anos de 1990 a 2011.....	17
Tabela 1:	Dados epidemiológicos do processo de feminilização da população idosa.....	18
Quadro 1:	Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório.....	21
Quadro 2:	Estratificação do risco CV global: risco adicional atribuído à classificação de hipertensão de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas.....	23
Tabela 2:	Características sócio-demográficas dos idosos hipertensos de uma USF em Imperatriz - MA.....	31
Tabela 3:	Aspectos ambientais da moradia dos idosos hipertensos de uma USF de Imperatriz - MA.....	32
Tabela 4:	Perfil clínico dos idosos hipertensos de uma USF de Imperatriz-MA.....	33
Tabela 5:	Hábitos de vida dos idosos hipertensos de uma USF de Imperatriz - MA.....	34
Tabela 6:	Perfil nutricional dos idosos hipertensos de uma USF de Imperatriz – MA.....	35
Figura 2:	Percentual de atividades físicas entre os idosos hipertensos de acordo com o sexo.....	36
Tabela 7:	Utilização de serviços de saúde pelos idosos hipertensos de uma USF de Imperatriz – MA.....	37
Figura 3:	Antecedentes mórbidos familiares dos idosos hipertensos segundo o sexo.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC:	Acidente Vascular Cerebral
CV:	Cardiovascular
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HA:	Hipertensão Arterial
HAS:	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRC:	Insuficiência Renal Crônica
OMS:	Organização Mundial de Saúde
OPAS:	Organização Pan- Americana de Saúde
PA:	Pressão Arterial
PAD:	Pressão Arterial Diastólica
PAS:	Pressão Arterial Sistólica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1	Processo de envelhecimento.....	13
2.1.1	Aspectos Gerais do Envelhecimento.....	14
2.2	Epidemiologia do envelhecimento no Brasil e no mundo.....	16
2.3	Processo do envelhecimento e a Saúde Pública no Brasil.....	19
2.4	Hipertensão Arterial Sistêmica e o idoso.....	20
2.5	Fatores de Risco para a Hipertensão.....	21
2.6	Tratamento da Hipertensão Arterial e o idoso.....	22
2.6.1	Tratamento Farmacológico.....	23
2.6.2	Tratamento Não Farmacológico.....	24
3	OBJETIVOS.....	25
3.1	Objetivo Geral.....	25
3.2	Objetivos Específicos.....	25
4	METODOLOGIA.....	26
4.1	Área de estudo.....	26
4.2	Tipo de Estudo.....	27
4.3	População e amostra.....	27
4.4	Instrumento e coleta de dados.....	27
4.5	Critérios de inclusão e exclusão.....	28
4.6	Aspectos éticos.....	28
4.7	Análise de dados.....	29
5	RESULTADOS.....	30
5.1	Características Sócio demográficas dos idosos hipertensos em uma Unidade de Saúde da Família em Imperatriz – MA.....	30
5.2	Características clínicas dos idosos hipertensos em uma Unidade de Saúde da Família em Imperatriz – MA.....	32
5.3	Hábitos de vida e cuidados de saúde dos idosos hipertensos em uma Unidade de Saúde da Família em Imperatriz – MA.....	33
5.4	Antecedentes mórbidos familiares dos idosos hipertensos em uma	

	Unidade de Saúde da Família em Imperatriz – MA.....	38
6	DISCUSSÕES.....	39
7	CONCLUSÕES.....	44
	REFERÊNCIAS.....	46
	APÊNDICES.....	52
	ANEXO.....	59

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade e dentro do processo de humanização é visto como uma das maiores conquistas culturais de uma população. De acordo com projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), uma em cada 5 pessoas terá 60 anos ou mais por volta do ano de 2050. Esse fenômeno demográfico do século XX se dá em decorrência da expectativa de vida nos últimos anos, aumentou 74,1 anos em 2011 para 75 em 2013 e estima-se que até 2060, essa expectativa aumente para 81 anos (IBGE, 2011; VERAS, 2007).

No Brasil, todos os anos milhares de idosos são incorporados a esse segmento da pirâmide etária. Entretanto uma importante consequência do envelhecimento populacional é a eclosão de problemas de saúde, principalmente às doenças cardiovasculares, que constitui a causa mais frequente de óbito entre os idosos (BRASIL, 2006; VERAS, 2012).

Dentre as doenças crônicas e cardiovasculares, a hipertensão arterial é considerada uma das causas mais evidentes de morbidade e mortalidade entre os idosos, além de possuir alta prevalência entre eles e constituir fator de risco relevante para complicações (AMADO; ARRUDA, 2004; DANTAS, 2011; FREITAS et al, 2011).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica de origem multifatorial, silenciosa, e caracterizada pelo aumento de níveis pressóricos. Ela possibilita o aparecimento de inúmeras alterações cardiovasculares, levando a modificações funcionais e/ ou estruturais em vários órgãos, como coração, cérebro, rins e vasos periféricos. Por essa razão é considerada como principal fator para o surgimento de complicações, como Acidente Vascular Cerebral e Infarto Agudo do Miocárdio. (BRASIL, 2006; MACEDO, 2003; MINAS GERAIS, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006).

Convém mencionar que a HAS, é um dos grandes problemas de saúde pública não só no Brasil, mas no mundo. Ela é responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC), 25% das mortes por doença arterial coronariana (DAC) e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal crônica (IRC). Além de acometer mais de 60% dos idosos,

associada com outras doenças, como a arteriosclerose e diabetes mellitus, também prevalente nessa faixa etária (BRASIL, 2006; FREITAS et al, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006).

Em virtude disso o acompanhamento sistemático dos idosos é de fundamental importância, uma vez que, a hipertensão associada às alterações decorrentes do próprio processo de envelhecimento, reduz drasticamente a qualidade de vida destes indivíduos (CONTIERO et al, 2009; LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003).

A relevância deste estudo encontra-se ao considerar a gravidade da hipertensão arterial no idoso como um dos maiores problemas de saúde da atualidade, sendo responsáveis pelas elevadas taxas de morbimortalidade no Brasil e no mundo.

Em consequência disso, buscou-se conhecer as condições ambientais e de saúde dos mesmos, bem como descrever as características sócio demográficas e terapêuticas da população idosa atendida em uma unidade saúde da família no Município de Imperatriz - MA, visto que é uma população que necessita de um acompanhamento permanente.

Dessa forma, espera-se que o resultado contribua para a criação e melhorias de práticas adequadas de prevenção às doenças crônicas e degenerativas com o intuito de prevenir e controlar a HAS, poupando o idoso de várias complicações físicas, psicológicas, sociais, familiares e econômicas para oferecer-lhe uma melhor qualidade de vida.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Processo do envelhecimento

Todo organismo multicelular possui um tempo limite de vida, e por essa razão, sofrem inúmeras mudanças fisiológicas ao longo dos anos. De modo geral, a vida do organismo é dividida em três fases: na primeira fase, ocorre o desenvolvimento e crescimento dos órgãos especializados, adquirindo capacidades funcionais; a segunda é caracterizada pela capacidade de reprodução, o que garante a sobrevivência e perpetuação da espécie; e por último, a senescência, ou envelhecimento, caracterizada pelo declínio da capacidade funcional do organismo. (FREITAS et al, 2011)

Convém mencionar que o envelhecimento é um processo de degradação progressiva e diferencial, e por isso, é impossível estabelecer quando se inicia, já que ocorre uma variação de um indivíduo para outro, pois é levada em consideração a idade biológica, social e psicológica. (BRASIL, 2007)

A idade biológica está ligada ou relacionada às modificações que os órgãos sofrem ao longo da vida, diminuindo a capacidade de funcionamento, tornando-se menos eficazes. Enquanto que a idade social está relacionada aos hábitos do indivíduo na sociedade, ou seja, seu status social. Já a idade psicológica refere-se à relação que existe entre a idade cronológica e a capacidade, isto é, interligada as competências comportamentais, tais como, percepção, inteligência, aprendizagem, memória e a motivação de cada indivíduo, as quais prenunciam o potencial de funcionamento futuro do indivíduo (CANCELA, 2008; FREITAS et al, 2011).

2.1.1 Aspectos gerais do envelhecimento

O envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente interligados. A senescência é o processo natural do envelhecimento, que compromete progressivamente os aspectos físicos e cognitivos do indivíduo. Enquanto que, o termo longevidade, ou período de vida, é usado para escrever o tempo de vida do organismo (CANCELA, 2008; FREITAS et al, 2011).

Segundo a OMS, a terceira idade tem início entre os 60 e 65 anos, porém, essa idade é instituída apenas para efeito de pesquisa, uma vez que, o processo de envelhecimento depende de três classes de fatores: biológicos, psíquicos e sociais. Esses fatores determinam a velhice, acelerando ou retardando o aparecimento e instalação de doenças e de sintomas, o que varia de um indivíduo para outro (BRASIL, 2007).

As manifestações da velhice, são compostas pela redução da capacidade funcional, calvície, canície, redução da capacidade de trabalho e da resistência, entre outras, ainda inclui perda dos papéis sociais, solidão, perdas psicológicas e motoras e afetivas (FREITAS et al, 2011).

O comprometimento dos principais sistemas funcionais gera as incapacidades, e conseqüentemente, as síndromes geriátricas, como Incapacidade cognitiva, a instabilidade postural, imobilidade, incontinência e a incapacidade comunicativa (MORAES, 2012).

O envelhecimento não é um processo isolado, não acontece de modo simultâneo no organismo, e nem está associado com a existência de alguma patologia, porém, envolve múltiplos fatores endógenos, que ocorre dentro do organismo, e fatores exógenos, referente ao ambiente que está inserido (PALÁCIOS, 2004).

A senescência pode ser compreendida como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional do indivíduo, o que em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. Por essa razão, um organismo envelhecido, poderá sobreviver adequadamente se seu organismo estiver funcionando harmoniosamente. No entanto, quando submetido a situações de stress físico, emocional, doenças ou algo semelhante, pode apresentar dificuldades em

manter a homeostase, e manifestar a sobrecarga funcional, culminando no processo patológico (BRASIL, 2007; FIRMINO, 2006).

Cabe ressaltar que, essas alterações decorrentes do processo de envelhecimento podem ter seus efeitos minimizados pela incorporação de um estilo de vida mais ativo e saudável (BRASIL, 2007).

Dentre as alterações decorrentes do processo de envelhecimento, destacam-se: a diminuição do fluxo sanguíneo para os rins, fígado e o cérebro; diminuição da capacidade dos rins para eliminar toxinas e medicamentos; diminuição da capacidade do fígado para eliminar toxinas e metabolizar a maioria dos medicamentos; diminuição da frequência cardíaca máxima, mas sem alteração da frequência cardíaca em repouso; diminuição do débito cardíaco (saída de sangue do coração) máximo; diminuição da tolerância à glicose; diminuição da capacidade pulmonar de mobilização do ar; aumento da quantidade de ar retido nos pulmões depois de uma expiração; diminuição da função celular de combate às infecções; dentre outras mudanças (CANCELA, 2008).

É importante ressaltar que o processo de envelhecimento normal não está associado à perda da independência e nem da autonomia, mas sim ao risco de adoecer e de desenvolver limitações. Por isso, não pode considerar a dependência nas atividades de vida diária como normal da idade (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2008).

O envelhecimento normal está associado às diversas alterações estruturais e funcionais nos sistemas fisiológicos (sistema nervoso, cardiovascular, respiratório, digestivo, locomotor, etc.), como por exemplo, a sarcopenia (redução da massa muscular), a osteopenia (redução da massa óssea), a redução capacidade aeróbica, dentre outros. Porém, afirma que esse declínio, não deve trazer nenhuma restrição da participação social do indivíduo, isto é, o bem-estar social do idoso. (MORAES, 2012)

2.2 Epidemiologia do envelhecimento no Brasil e no mundo

Conceitualmente, o processo de envelhecimento populacional é uma mudança na estrutura da pirâmide etária da população, que resulta numa maior proporção de idosos (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Segundo informações do Banco Mundial, a taxa de fecundidade total no mundo, passou de 4,91 filhos por mulher em 1960, para 2,45 em 2010. Entre os países de alta renda, a taxa de fecundidade passou 2,99 filhos em 1960 para 1,75 em 2010, enquanto que nos países de baixa renda passou de 6,46 para 4,08 no mesmo período (BRASIL, 2007).

É importante enfatizar que nos países desenvolvidos, o declínio da taxa de fecundidade teve início nas últimas décadas do século XIX, e nos países em desenvolvimento, o processo se iniciou apenas no final do século XX (LEE, 2003).

Embora tardia pode-se afirmar que essa redução da fecundidade nos países em desenvolvimento está ocorrendo de forma acelerada. Entre 1940 e 1960, a taxa média de fecundidade no Brasil manteve-se em torno de 6 filhos por mulher (ANSILIERO, 2011; GOMES, 2012; VASCONCELOS).

Desde então, esse indicador vem decrescendo de forma rápida. Em 2010, o país apresentou taxa de fecundidade de 1,9 filhos por mulher, inferior à média observada para a região das Américas (2,1 filhos por mulher) (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2012; VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre 1960 e 2010, a fecundidade reduziu em cerca de 70% (6,28 filhos para 1,90). Enquanto que Suécia e na Inglaterra, foram necessárias seis décadas para essa taxa reduzir em 50% (entre 1870 a 1930) (IBGE, 2001).

O Brasil também tem experimentado notável êxito na redução da mortalidade precoce. A proporção de mortes ocorridas antes dos 20 anos de idade era de 12,2% em 2000, e passou para 7,4% em 2010. Neste mesmo período, o risco de morrer no primeiro ano de vida caiu de 26,6 para 16,2 por 1000 nascidos vivos (NV) (BRASIL, 2012).

Esse declínio da mortalidade está relacionado aos inúmeros avanços na medicina e na saúde pública, às melhores condições de alimentação, ao aumento da

renda, além do controle de vetores causadores de inúmeras doenças infecciosas, dentre outros fatores, aumentando a expectativa de vida (BLOOM, 2011; LEE, 2003).

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações tem ocorrido de forma progressiva e acelerada. O Brasil é um país que envelhece a passos largos (CARVALHO, 2003).

A população brasileira, até os anos 60, revelava-se quase estável e sua distribuição etária era caracterizada por uma quase constância, isto é, era uma população jovem, sendo que, no censo de 1970, 42% da população tinham menos de 15 anos e 5% tinham mais de 60 anos (CARVALHO; WONG, 2008; IBGE, 2011).

Entretanto, Segundo o censo demográfico de 2010, a população de hoje é 190.755.199 milhões de pessoas, sendo que, 51% são mulheres, o equivalente a 97 milhões, e 49% são homens, equivalente a 93 milhões (IBGE, 2011).

Segundo dados do IBGE, a população idosa somam 23,5 milhões dos brasileiros, mais que o dobro registrado em 1991, quando a faixa etária etária era de 10,7 milhões de pessoas. Na comparação entre os anos de 2009 e 2011, o grupo aumentou 7,6%, ou seja, são mais 1,8 milhão de pessoas idosas (IBGE, 2011).

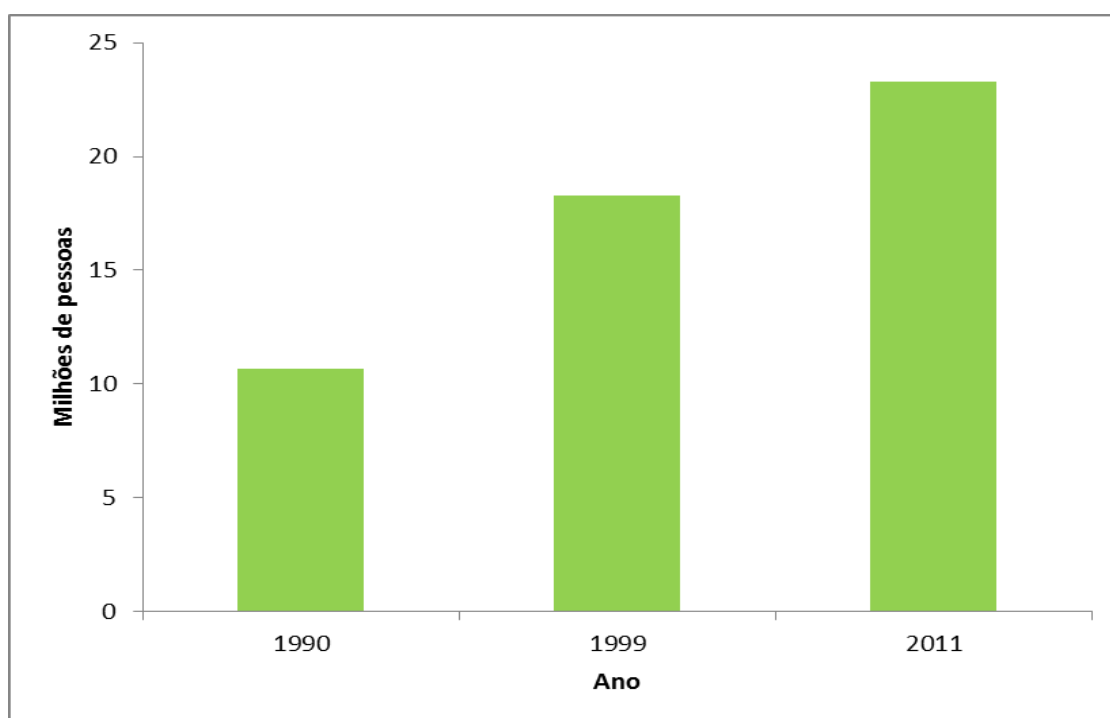


Figura 1: Dados epidemiológicos do envelhecimento no Brasil entre os anos de 1990 a 2011. Fonte: IBGE, 2011.

A França levou 115 anos para duplicar a proporção da população de idosos (de 7,0 para 14,0%), enquanto que no Brasil, a mesma mudança proporcional levou apenas 40 anos para ocorrer (de 5,1 para 10,8%) (ANSILIERO, 2011; OPAS, 2012).

Espera-se que o número de idosos atinja aproximadamente 30,9 milhões de pessoas, no ano de 2020, representando 14% da população brasileira (BELTRÃO, 2004).

Estima-se que, em 2025, o Brasil ocupe o sexto lugar na classificação mundial quanto ao contingente de idoso, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2050, as crianças de 0 a 14 anos representem 13,15% da população, enquanto que a população idosa alcançará os 22,71% da população total (MORAES, 2012).

É importante destacar que, de acordo com os dados atuais da transição demográfica brasileira, observa-se que há um processo de feminilização da velhice (figura 3), ou seja, quanto mais a população envelhece, mais feminina ela se torna. Hoje, as mulheres representam 55,5% da população idosa brasileira e 61% dos idosos acima de 80 anos (IBGE, 2011).

Tabela 1: Dados epidemiológicos do processo de feminilização da população idosa

	2000		2010		2020	
	Masculina	Feminina	Masculina	Feminina	Masculina	Feminina
Proporção da população idosa (60 anos e mais)	7,8%	9,3%	8,4%	10,5%	11,1%	14,0%
Proporção da população						
Grupos de idades						
60 – 64	46,8%	53,2%	46,4%	53,6%	45,6%	54,4%
65 – 69	45,8%	54,2%	45,2%	54,8%	44,5%	55,5%
70 – 74	44,8%	55,2%	43,2%	56,8%	42,8%	57,2%
75 – 79	43,9%	56,1%	40,2%	59,8%	39,9%	60,1%
80 ou mais	39,9%	60,1%	34,7%	65,3%	33,8%	66,2%
População idosa	6.533.784	8.002.245	7.952.773	10.271.470	11.328.144	15.005.250

Fonte: Adaptado IBGE, 2011

2.3 Processo de envelhecimento e a Saúde Pública no Brasil

O envelhecimento populacional tem sido um dos grandes desafios da Saúde pública contemporânea. A maior longevidade da população, decorrente do aumento da expectativa de vida, vem modificando o perfil epidemiológico no país, como o aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Todo ano, novos idosos são incorporados à população brasileira, e a maior parte deles com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais, o que exige maior atenção e cuidado. Por essa razão o envelhecimento rápido da população brasileira traz profundas consequências na estruturação das redes de atenção à saúde (VERAS, 2007).

O Brasil em menos de 40 anos, passou de um cenário em que a mortalidade da população jovem era predominante, para um quadro de enfermidades complexas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por vários anos (VERAS, 2007).

É importante frisar que a queda inicial da mortalidade concentra-se entre as doenças infecciosas, o que beneficia os jovens, no entanto, passam a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas. À medida que a população envelhece e aumenta a expectativa de vida, torna mais frequente as complicações dessas doenças, o que demonstra uma correlação direta entre os processos de transição da estrutura etária e epidemiológica (FREITAS et al., 2011).

No Brasil, os recursos públicos são fundamentais para a sobrevivência dos idosos de baixa renda, porém há disputas por verbas com a população infantil (TURRA; QUEIROZ, 2005; BATISTA et al., 2009). No entanto, estima-se que no período de 2000 a 2050, a proporção de despesas do governo destinadas a população com 60 anos ou mais crescerá dos atuais 38% para 68%, o que representa um grande desafio para a gestão das contas públicas (TURRA; RIOS-NETO, 2001)

É importante enfatizar que a pequena parcela de idosos existentes, já tem consumido uma grande parte desses recursos públicos. Em agosto de 2010, o gasto per capita da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) com homens de 60 a 70 anos foi mais que o triplo gasto com homens de 30 a 40 anos; cujo valor é

apenas a metade do valor gasto com a população dos 80 anos e mais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Com a chegada dos idosos octagenários, o Brasil começará a viver uma realidade semelhante aos países desenvolvidos, com inúmeros desafios não solucionados advindos com esse grupo, como as epidemias de demência, fratura proximal do fêmur e sequelas de acidente vascular cerebral. Esse grupo da população idosa, segundo estimativas, tende a crescer 9% ao ano entre 2030 e 2050, e passará dos 2,7% atuais, para 13,8 milhões, o que representará cerca de 6% da população (FREITAS et al., 2011).

2.4 Hipertensão Arterial Sistêmica e o idoso

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma síndrome de origem multifatorial, crônica, caracterizada pelo aumento dos níveis pressóricos, ocasionando alterações funcionais e ou estruturais em vários órgãos, como coração, cérebro, rins e vasos periféricos. Ela é considerada fator principal para o surgimento de complicações, como Acidente Vascular Cerebral e Infarto Agudo do Miocárdio (MACEDO, 2003; MINAS GERAIS, 2006; BRASIL, 2006).

A hipertensão arterial é a morbidade mais comum na população adulta e frequente nos serviços de emergência em todo o país, sendo a insuficiência cardíaca (IC), a primeira causa cardiovascular das hospitalizações (LESSA, 2001).

Convém mencionar que no Brasil aproximadamente 17 milhões de pessoas são portadores de hipertensão, e por essa razão é um dos grandes problemas de saúde pública, responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal crônica (BRASIL, 2006).

As doenças Cardiovasculares, cujo principal fator de risco é a hipertensão arterial, são as maiores causa da mortalidade em todo Brasil, responsáveis por 32% dos óbitos individuais (CESARIANO et al, 2008; NOGUEIRA et al, 2010; ROSARIO et al, 2009).

Segundo o, estima-se que a hipertensão arterial atinja aproximadamente 22% da população brasileira, acima de vinte anos, sendo responsável, por 80% dos casos de AVC, 60% dos casos de Infarto Agudo do Miocárdio, além de 40% de aposentadorias precoces e elevados gastos por ano com internações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial consideram o limite de normalidade para PAS valores abaixo de 130 mmHg e para PAD valores abaixo de 85 mmHg. A partir desses valores, seguem-se o normal limítrofe, a hipertensão leve, a moderada e a grave e a hipertensão sistólica isolada, como mostra o quadro abaixo, válido para todos os indivíduos acima de 18 anos, nos quais, estão incluídos os idosos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010)

Quadro 1: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130 a 139	85 a 89
Hipertensão estágio 1	140 a 159	90 a 99
Hipertensão estágio 2	160 a 169	100 a 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	<90

*Pressão normal-alta, pré-hipertensão ou limítrofe são termos que se equivalem.

Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010.

2.5 Fatores de Risco para a Hipertensão

A maioria das doenças crônicas dos idosos tem seu principal fator de risco na própria idade. O que não impede que o idoso possa conduzir sua própria vida de forma autônoma e decidir sobre seus interesses sem ajuda de quem quer que seja. Além da idade, o sobrepeso e/ ou obesidade, baixa escolaridade, raça negra, também são apontados (LESSA, 2001).

O tabagismo, diabetes, dislipidemia, história familiar para doença cardiovascular, também são fatores de risco para a hipertensão arterial e para doenças cardiovasculares (FREITAS et al., 2011).

2.6 Tratamento da Hipertensão Arterial e o idoso

A prevalência de hipertensão nos idosos é superior a 60%, porém com o acompanhamento médico, o diagnóstico correto e a persistência dos pacientes a esse acompanhamento, são fatores chaves para atingir a meta ideal do tratamento, que é reduzir a morbimortalidade cardiovascular (BARBOSA et al., 2012; VERAS, 2011).

A abordagem do tratamento da hipertensão arterial do idoso deve ser feita de duas etapas: 1 - deve levar em consideração os benefícios do tratamento anti-hipertensivo e revisão dos resultados dos principais estudos clínicos em idosos; 2 - atender as recomendações práticas estabelecidas pela VI Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (2010) e na II Diretrizes do Departamento de Cardiogeriatrics da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2001) para o tratamento (FREITAS et al, 2011). (Quadro 2).

A decisão de se iniciar o tratamento da hipertensão arterial em idosos deve ser baseada não apenas no nível pressórico, mas também na existência de outros fatores cardiovascular e/ ou lesão em órgãos-alvo (FREITAS et al., 2011).

O quadro 2 mostra as recomendações para decisão terapêutica de acordo com a estratificação do risco cardiovascular individual, cujas categorias de risco consideradas são: - sem risco adicional (risco basal); - risco adicional baixo; - risco adicional médio (ou moderado); - risco adicional alto; e - risco adicional muito alto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010)

Quadro 2: Estratificação do risco CV global: risco adicional atribuído à classificação de hipertensão de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas

Normotensão				Hipertensão		
Outros fatores de risco ou doenças	Ótimo PAS<120 ou PAD <80	Normal PAS 120 a 129 ou PAD 80 a 84	Limítrofe PAS 130 a 139 ou PAD 85 a 89	Estágio 1 PAS 140 a 159 ou Pad 90 a 99	Estágio 2 PAS 160 a 169 ou PAD 100 a 109	Estágio 3 PAS ≥180 PAD ≥110
Nenhum FR	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1 a 2 FR	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
≥ 3FR, LOA, SM ou DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto
Para tratamento considerar: Risco basal (sem risco adicional) - tratamento não medicamentoso isolado (mudança de estilo de vida). Risco adicional baixo - tratamento não medicamentoso isolado por até 6 meses. Se não atingir as metas tratamento medicamentoso. Risco adicional médio, alto e muito alto - tratamento não medicamentoso + medicamentoso.						

CV:cardiovascular; PAS:pressão arterial sistólica; PAD:pressão arterial diastólica; LOA: lesões de órgãos-alvo; SM: síndrome metabólica; DM: diabetes melito.

Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010.

O tratamento pode ser realizado de duas maneiras, o farmacológico, e o não farmacológico, que inclui a prática de atividades físicas e alimentação adequada, ou seja, exige do paciente, especialmente do idoso, uma mudança no estilo de vida.

2.6.1 Tratamento Farmacológico

Os medicamentos anti-hipertensivos devem promover a diminuição da pressão arterial, além de contribuir para redução das taxas de eventos cardiovasculares (OPARIL, 2001).

É importante frisar que o tratamento deve ser individualizado e contemplar alguns princípios gerais, como: ser eficaz pela via oral e bem tolerado; permitir o menor número possível de tomadas diárias; iniciar com as menores doses efetivas preconizadas; respeitar um período mínimo de 4 semanas para aumentar a dose ou

associação de novas drogas; instruir o paciente sobre a doença e os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos, e por fim, deve considerar as condições socioeconômicas do paciente. (FREITAS et al., 2011).

Na atualidade são utilizadas seis classes de anti-hipertensivos: diuréticos, inibidores adrenérgicos de ação central, alfabloqueadores e betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina, antagonistas dos canais de cálcio, vasodilatadores diretos e antagonistas dos receptores de angiotensina (FREITAS et al., 2011).

Convém ressaltar que a terapia farmacológica, apesar de ser eficaz na redução dos valores pressóricos, da morbidade e da mortalidade, apresenta alto custo, contribuindo para o abandono do tratamento (SHOJI; FORJAZ, 2000).

2.6.2 Tratamento Não Farmacológico

As modificações no estilo de vida devem ser estimuladas em todos os indivíduos como medidas de promoção de saúde e são obrigatórias na abordagem de qualquer indivíduo hipertenso (FREITAS et al., 2011).

As intervenções não farmacológicas têm sido citadas na literatura pelo seu baixo custo, risco mínimo de complicações e pela eficácia na diminuição da pressão arterial (SHOJI; FORJAZ, 2000).

Dentre as principais medidas a serem implementadas e que resultam numa maior eficácia anti-hipertensiva estão: redução do peso corporal; redução na ingestão de sódio, aumento na ingestão de potássio, redução do consumo de bebidas alcoólicas ou abandono do mesmo, bem como do tabagismo e a prática regular de atividade física (FREITAS et al., 2011; SHOJI; FORJAZ, 2000).

Elas tem se mostrado eficaz em reduzir a PA e a morbimortalidade cardiovascular, além de contribuir para o controle de outros fatores de risco CV associados (OPARIL, 2001; SHOJI; FORJAZ, 2000).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever as características ambientais e epidemiológicas de uma população de idosos hipertensos atendidos em uma Unidade de Saúde da Família em Imperatriz - MA.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características sócio demográficas e antecedentes familiares para a hipertensão arterial da população em estudo.
- Descrever os hábitos de saúde da população em estudo.
- Identificar as condições ambientais da população estudada.
- Avaliar a diferença quanto às condições ambientais, e de saúde entre grupos de idoso subdivididos quanto ao gênero.

4 METODOLOGIA

4.1 Área de estudo

O município de Imperatriz localiza-se no sudoeste do Estado do Maranhão, na microrregião nº 38. Tem limites com os municípios de Cidelândia, São Francisco do Brejão, João Lisboa, Davinópolis, Governador Edison Lobão e com o Estado do Tocantins. O município encontra-se a 629,5 quilômetros da capital do Estado. A área total do município é de 1.538,1 km², que corresponde aproximadamente a 0,46% do território do Estado (333.365,6) km² (SECRETARIA MUNICIPAL DE MEIO AMBIENTE, INFRAESTRUTURA E TRANSPORTE DE IMPERATRIZ/ MA, 2012).

Atualmente a cidade tem 247.553 habitantes (IBGE, 2010). Sua economia é baseada no comércio, construção civil e agropecuária. Detém excelente potencial hidrográfico, sendo banhada pelos riachos Cacau, Bacuri, Santa Teresa, Capivara, Barra Grande, Cinzeiro, Angical, Grotão do Basílio e Saranzal, sendo o Rio Tocantins o principal, com extensão de 2.850km, possibilitando integração multimodal (IBGE, 2010).

A média pluviométrica do município é de 1.660mm anuais. Seu relevo é formado basicamente de planícies e em sua vegetação predominam florestas latifoliadas do tipo amazônico de terra firme e cerrados. Quanto aos aspectos físicos, sua superfície é de 1.531 km², 80 metros de altitude, 5.526,39 de latitude e - 47.489.72 de longitude (IBGE, 2010). A temperatura média no município oscila entre 23 e 38 graus, com picos de até 40 graus em dias mais quentes. (IBGE, 2010).

O serviço de saúde municipal conta na atenção básica com 47 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que são dispostas em cinco (05) distritos, sendo quatro (04) na zona urbana, Bacuri, Vila Lobão, Vila Nova e Santa Rita, compondo trinta e nove (39) Unidades de Saúde da Família (USF) e um (01) na zona rural que compõe oito (08) Unidades de Saúde da Família, tendo uma cobertura de 45% da população Imperatrizense. Os sujeitos deste estudo são moradores do distrito Santa Rita, da ESF Bom Sucesso: área 035, que oferece 40% de cobertura total de atenção à saúde à população moradora dessa área (IMPERATRIZ, 2011).

4.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, analítica e exploratória, envolvendo também uma abordagem quantitativa sobre as características ambientais e epidemiológicas de uma população de idosos hipertensos atendida em uma Unidade de Saúde da Família em Imperatriz – MA.

4.3 População e amostra

A população foi constituída de idosos hipertensos, moradores em uma área de cobertura da Saúde da Família em Imperatriz - MA. A população é formada de 326 idosos, da qual 241 são hipertensos. O tamanho da amostra (n) foi baseado no cálculo de amostragem representativa (BARBETTA, 2002), onde:

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2} \qquad n = \frac{n_0 \times N}{n_0 + N}$$

onde: n_0 = primeira aproximação do tamanho amostral, E_0 = erro amostral (5% ou 0,05), n = tamanho amostral e N = tamanho da população.

Assim, a amostra foi constituída por 150 idosos hipertensos.

4.4 Instrumento e coleta de dados

A coleta de dados com os idosos hipertensos foi realizada entre os meses de agosto e setembro de 2014, às tardes de segundas e quartas-feiras no domicílio de cada idoso, pela própria pesquisadora e auxiliares (acadêmicas do curso de graduação em enfermagem) em forma de entrevista através de formulário pré-

estruturado (APÊNDICE B), organizado de forma detalhada e com finalidade de obter os seguintes dados: sócio demográfico, hábitos de vida e cuidados de saúde. Quanto aos impactos ambientais da área, os dados foram disponibilizados a partir de estudos realizados pela secretaria municipal de meio ambiente e infraestrutura e literaturas que enfatizem o tema.

As pesquisadores tiveram o cuidado de realizar a entrevista em ambiente reservado. Os entrevistados permaneceram sentados no momento da coleta de dados que teve duração média de trinta minutos.

4.5 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram idosos e hipertensos, moradores da área coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que concordaram em participar da pesquisa, capazes de compreenderem o instrumento utilizado e assinar ou autorizar a assinatura por um responsável, caso o mesmo não fosse alfabetizado, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A). Foram excluídos os indivíduos que não se enquadravam nos requisitos acima citados

4.6 Aspectos éticos

O estudo foi realizado respeitando as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi desenvolvido após declaração de conhecimento do trabalho pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Imperatriz - MA, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aprovação pela Comissão de Ética e Pesquisa com Seres Humanos.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de

Goiás, conforme parecer nº 1.128.806, em anexo.

4.7 Análise de dados

Para elaboração do texto foi utilizado o software word 2007, para elaboração das tabelas foi usada a planilha excel 2007. Os dados foram registrados e analisados no pacote estatístico Bioestat, 5.0 (AYRES et.al. 2007). Para a análise descritiva das variáveis foram utilizadas frequências simples e porcentagens. Para testar se houve a diferença significativa nas características ambientais e epidemiológicas de uma população de idosos hipertensos atendidos em uma Unidade de Saúde da Família em Imperatriz-MA, agrupados gênero foi utilizado o teste do qui-quadrado (χ^2) e teste G, assumindo um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

5 RESULTADOS

5.1 Características Sócio demográficas dos idosos hipertensos em uma Unidade de Saúde da Família em Imperatriz - MA

O perfil social e demográfico da população estudada (150 idosos hipertensos) apresenta 53,3% (80) do gênero feminino e 46,7% (70) masculino. A maioria dos entrevistados era da cor parda, sendo destes 63% (50) mulheres e 51,4% (36) homens. Com relação ao estado civil dos entrevistados houve diferença significativa ($p= 0,0067$) entre o sexo masculino e feminino, sendo que a maioria, 58% (46) das mulheres e 69% (48) dos homens, declarou ser casado, enquanto que 37% (30) das mulheres e 17% (12) dos homens afirmaram ser viúvos, evidenciando assim o processo de feminilização na terceira idade (Tabela 2).

Quanto a religião dos idosos hipertensos, a maioria dos entrevistados, que corresponde a 56% (45) das mulheres e 56% (39) dos homens, era católica. Em relação ao grau de escolaridade dos entrevistados, observou-se que 55% (44) das mulheres e 45,6% (32) possuem o ensino fundamental, enquanto que 40% (32) das mulheres e 48,7% (34) dos homens ainda são analfabetos. No que se refere ao tipo de moradia, os idosos hipertensos informaram que 95% (76) das mulheres e 96% (67) dos homens tem moradia própria (Tabela 2).

Tabela 2 - Características sócio-demográficas dos idosos hipertensos em uma USF de Imperatriz-MA

Variáveis	Feminino 80 (%)	Masculino 70 (%)	p*
Cor			
Branca	5 (6)	5 (7)	0,4985
Negra	25 (31)	27 (38,6)	
Parda	50 (63)	36 (51,4)	
Não respondeu	-	2 (3)	
Estado civil			
Casado	46 (58)	48 (69)	0,0067
Solteiro/divorciado	4 (5)	10 (14)	
Viúvo	30 (37)	12 (17)	
Religião			
Católica	45 (56)	39 (56)	0,9828
Evangélica	12 (15)	10 (14)	
Nenhuma	23 (29)	21 (30)	
Escolaridade			
Analfabeto	32 (40)	34 (48,7)	0,1545
Ensino Fundamental	44 (55)	32 (45,6)	
Ensino Médio	2 (2,5)	0 (0)	
Não respondeu	2 (2,5)	4 (5,7)	
Moradia			
Casa própria	76 (95)	67 (96)	0,8565
Não respondeu	4 (5)	3 (4)	

**Teste G*

Os aspectos ambientais da moradia dos idosos hipertensos entrevistados estão assim dispostos: 70,7% (106) afirmaram não ter asfalto na rua onde moram, 97,3% (143) declararam não haver rede de esgoto. Em relação ao consumo de água utilizada pela população estudada, a maioria afirmou utilizar a água encanada para consumo próprio 74,7% (112) (Tabela 3).

Tabela 3 – Aspectos ambientais da moradia dos idosos hipertensos de uma USF de Imperatriz-MA

Variáveis	Idosos n (%)
Asfalto onde mora	
Não	106 (70,7)
Sim	43(28,6)
Não respondeu	1 (0,7)
Rede de Esgoto	
Não	146 (97,3)
Sim	3 (2)
Não respondeu	1 (0,7)
Água para consumo	
Encanada	112 (74,7)
Filtrada	32 (21,3)
Fervida	5 (3,3)
Não respondeu	1 (0,7)

5.2 Características clínicas dos idosos hipertensos em uma Unidade de Saúde da Família em Imperatriz - MA

No perfil clínico dos idosos hipertensos entrevistados foi encontrado uma variação de idade entre 60 a 94 anos, com média aritmética de 71,8 anos e desvio padrão de $\pm 8,0$ entre as mulheres. Já para os homens a variação da idade foi de 60 a 95 anos, média aritmética de 71,5 anos e desvio padrão $\pm 9,0$. Quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC), houve diferença significativa ($p= 0,0180$) entre o gênero masculino e feminino, sendo que o IMC nos homens ($26,5 \text{ kg/m}^2$) é maior que nas mulheres ($25,7 \text{ kg/m}^2$) (Tabela 4).

Com relação à Pressão Arterial Sistólica (PAS), houve diferença significativa ($p= 0,0038$) entre o sexo masculino e feminino, sendo que a PSA nos homens ($144,6 \text{ mmHg}$) é maior que nas mulheres ($136,9 \text{ mmHg}$) (Tabela 4). Quanto a Pressão Arterial Diastólica (PAD), também houve diferença significativa ($p < 0,0001$) entre o gênero masculino e feminino, sendo que a PAD nos homens ($97,6 \text{ mmHg}$) também é maior que nas mulheres ($90,3 \text{ mmHg}$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Perfil clínico dos idosos hipertensos de uma USF de Imperatriz-MA

Variáveis	Feminino	Masculino	p*
Idade (anos)			
Variação	60 - 94	60 - 95	0,8082
Média Aritmética (\pm Dp)	71,8 (\pm 8,0)	71,5 (\pm 9,0)	
IMC (kg/m²)			
Variação	20,8 – 31,6	20,6 – 31,9	0,0180
Média Aritmética (\pm Dp)	25,7 (\pm 1,9)	26,5 (\pm 1,9)	
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (mmHg)			
Variação	100 - 190	120 – 200	0,0038
Média Aritmética (\pm Dp)	136, 9 (\pm 15,9)	144,6 (\pm 16,1)	
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA (mmHg)			
Variação	70 - 120	80 - 120	< 0,0001
Média Aritmética (\pm Dp)	90,3 (\pm 10,1)	97,6 (\pm 9,7)	

*Dp= Desvio padrão; *Teste t*

5.3 Hábitos de vida e cuidados de saúde dos idosos hipertensos em uma Unidade de Saúde da Família em Imperatriz - MA

Entre os hábitos de vida dos idosos entrevistados, constatou-se os seguintes resultados: 94% (75) das mulheres e 87% (61) dos homens afirmaram que atualmente não fumam. Com relação ao consumo anterior do fumo, houve diferença significativa ($p= 0,0024$) entre o sexo masculino e feminino, sendo que o uso anterior do fumo nos homens (57%) é maior que nas mulheres (37,5%) (Tabela 5).

Com relação ao uso de bebida alcoólica, houve diferença estatística significativa ($p= 0,0173$) entre o gênero masculino e feminino, sendo que o consumo de bebidas alcoólicas nos homens (10%) é maior que nas mulheres (1%). Quanto ao consumo anterior de bebidas alcoólicas pelos entrevistados, também houve diferença estatística significativa ($p= 0,004$) entre o sexo masculino e feminino, sendo que o uso de bebidas alcoólicas anteriormente nos homens (45,7%) é maior que nas mulheres (27,5%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Hábitos de vida dos idosos hipertensos de uma USF de Imperatriz-MA

Variáveis	Feminino n (%)	Masculino n (%)	p*
Fuma atualmente			
Sim	5 (6)	9 (13)	0,1652
Não	75 (94)	61 (87)	
Fumou anteriormente			
Sim	30 (37,5)	40 (57)	0,0024
Não	46 (57,5)	21 (30)	
Não respondeu	4 (5)	9 (13)	
Usa Bebida alcóolica			
Sim	1 (1)	7 (10)	0,0173
Não	79 (99)	63 (90)	
Usou bebida alcóolica anteriormente			
Sim	22 (27,5)	32 (45,7)	0,004
Não	57 (71,3)	30 (43)	
Não respondeu	1 (1,2)	8 (11,3)	

*Teste do Qui-quadrado

No perfil nutricional dos idosos hipertensos entrevistados, foi observado que o consumo de frutas pelos homens (61,5%) e mulheres (50%) se dava semanalmente. Com relação ao consumo de vegetais, pôde-se constatar que os mesmos também são consumidos semanalmente em ambos os sexos sendo que nos homens (60%) e mulheres (62,5%) (Tabela 6).

No que se refere ao consumo de carne, os idosos entrevistados do sexo feminino (63,8%) e masculino (73%) afirmaram fazer uso como alimento, diariamente. O consumo de peixe, também foi determinado pela ingesta diária, em ambos os sexos, sendo nos homens (50%) e nas mulheres (46,1%) (Tabela 6).

Quanto ao consumo de laticínios, percebe-se que a população estudada fazia uso semanalmente, tanto os homens (48,6%) como as mulheres (40%). Já em relação aos cereais, o consumo pelas mulheres (37,5%) era menor que nos homens (42,7%) e acontecia semanalmente (Tabela 6).

Não foi observada diferença estatística significativa entre os gêneros dos idosos hipertensos em nenhuma das variáveis quanto ao perfil nutricional (Tabela 6).

Tabela 6 – Perfil nutricional dos idosos hipertensos de uma USF de Imperatriz – MA

Variáveis	Feminino n (%)	Masculino n (%)	p*
Frutas			
Diariamente	35 (43,8)	24 (34,3)	0,3371
Nunca	4 (5)	2 (2,8)	
Semanal	40 (50)	43 (61,5)	
Não respondeu	1 (1,2)	1 (1,4)	
Vegetais			
Diariamente	19 (23,8)	17 (24,3)	0,7865
Nunca	2 (2,5)	4 (5,7)	
Semanal	50 (62,5)	42 (60)	
Mensal	8 (10)	6 (8,6)	
Não respondeu	1 (1,2)	1 (1,4)	
Carne			
Diariamente	51 (63,8)	51 (73)	0,4300
Nunca	5 (6,2)	2 (2,8)	
Semanal	23 (28,8)	16 (22,8)	
Não respondeu	1 (1,2)	1 (1,4)	
Peixe			
Diariamente	37 (46,1)	35 (50)	0,0653
Nunca	14 (17,5)	21 (30)	
Semanal	23 (29)	12 (17,2)	
Mensal	5 (6,2)	1 (1,4)	
Não respondeu	1 (1,2)	1 (1,4)	
Laticínios			
Diariamente	32 (40)	27 (38,6)	0,5363
Nunca	10 (12,5)	5 (7,2)	
Semanal	32 (40)	34 (48,6)	
Mensal	5 (6,3)	3 (4,2)	
Não respondeu	1 (1,2)	1 (1,4)	
Cereais			
Diariamente	33 (41,3)	25 (35,7)	0,7992
Nunca	5 (6,2)	5 (7,2)	
Semanal	30 (37,5)	30 (42,7)	
Mensal	11 (13,8)	9 (13)	
Não respondeu	1 (1,2)	1 (1,4)	

*Teste G

No que se refere à prática de atividades físicas, foi observado que a maioria dos idosos entrevistados não realiza nenhuma modalidade de exercício, sendo 94% (75) das mulheres e 88,6% (62) dos homens. Não foi observada diferença estatística significativa entre os gêneros quanto a prática de atividade física (Figura 2).

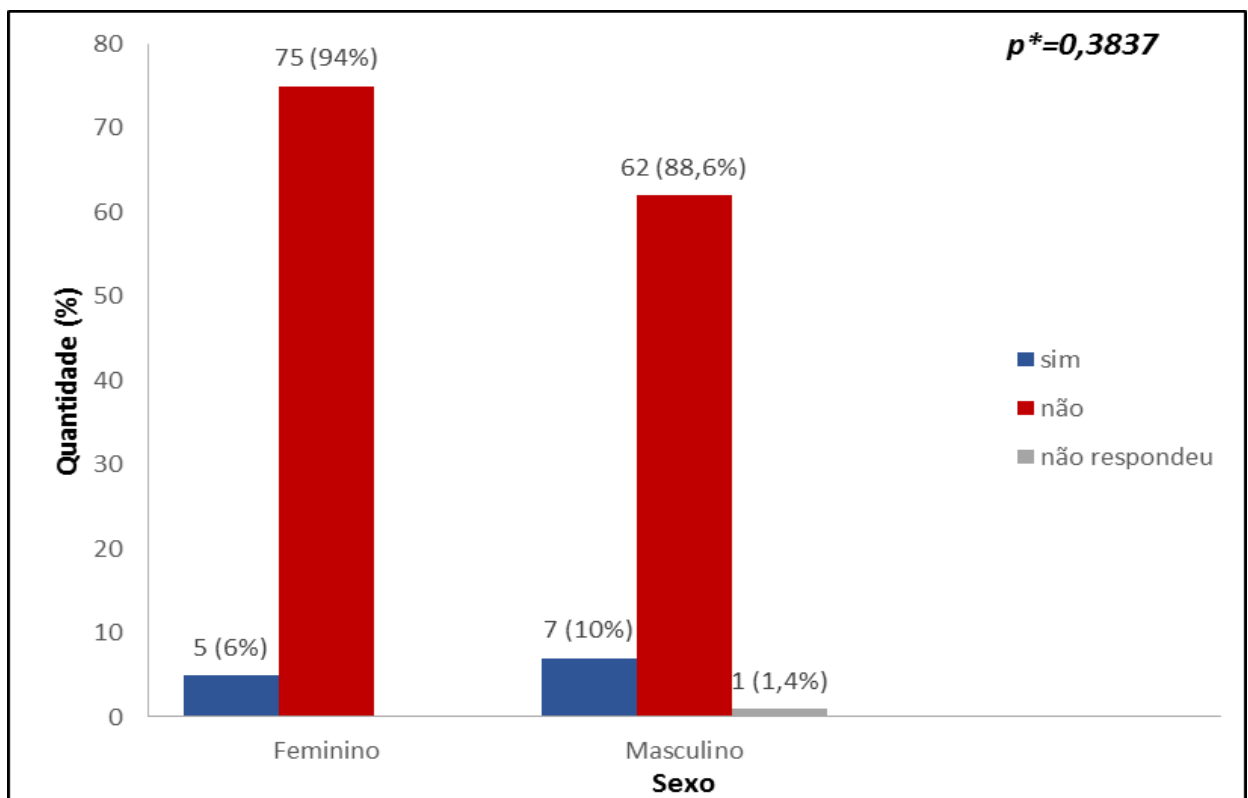


Figura 2 - Percentual de atividades físicas entre os idosos hipertensos de acordo com o sexo.
*Teste do Qui-quadrado

Quando questionados sobre a utilização de serviços de saúde, observou-se que houve diferença significativa ($p= 0,0264$) entre o sexo feminino e masculino no que se refere à procura pelo serviço no último ano, sendo maior nas mulheres 96,3% (77) que nos homens 88,5% (62). Já quando indagados sobre a frequência com a qual os entrevistados procuravam o serviço de saúde, percebe-se que houve resultados semelhantes entre os gêneros, sendo 85,5% (60) nos homens e 77,5% (62) nas mulheres (Tabela 7).

Com relação aos serviços de saúde mais procurados, houve diferença significativa ($p < 0,0001$) entre o sexo masculino e feminino, sendo que a procura pelos homens 98,5% (69) é maior que pelas mulheres 81% (65) (Tabela 7).

Tabela 7 - Utilização de serviços de saúde pelos idosos hipertensos de uma USF de Imperatriz – MA

Variáveis	Feminino n (%)	Masculino n (%)	p*
Procurou serviço de saúde no último ano			
Sim	77 (96,3)	62 (88,5)	0.0264
Não	2 (2,5)	8 (11,5)	
Não respondeu	1 (1,2)	-	
Frequência que procura serviço de saúde			
Anualmente	2 (2,5)	2 (3)	0.3527
Mensalmente	62 (77,5)	60 (85,5)	
Outros/Não respondeu	16 (20)	8 (11,5)	
Serviço de saúde que procurou			
UBS	65 (81)	69 (98,5)	< 0.0001
Hospital	13 (16,5)	0	
Não respondeu	2 (2,5)	1 (1,5)	

**Teste G*

5.4 Antecedentes mórbidos familiares dos idosos hipertensos em uma Unidade de Saúde da Família em Imperatriz - MA

Não foi observada diferença estatística significativa entre o gênero dos entrevistados quanto aos antecedentes mórbidos familiares (Figura 3).

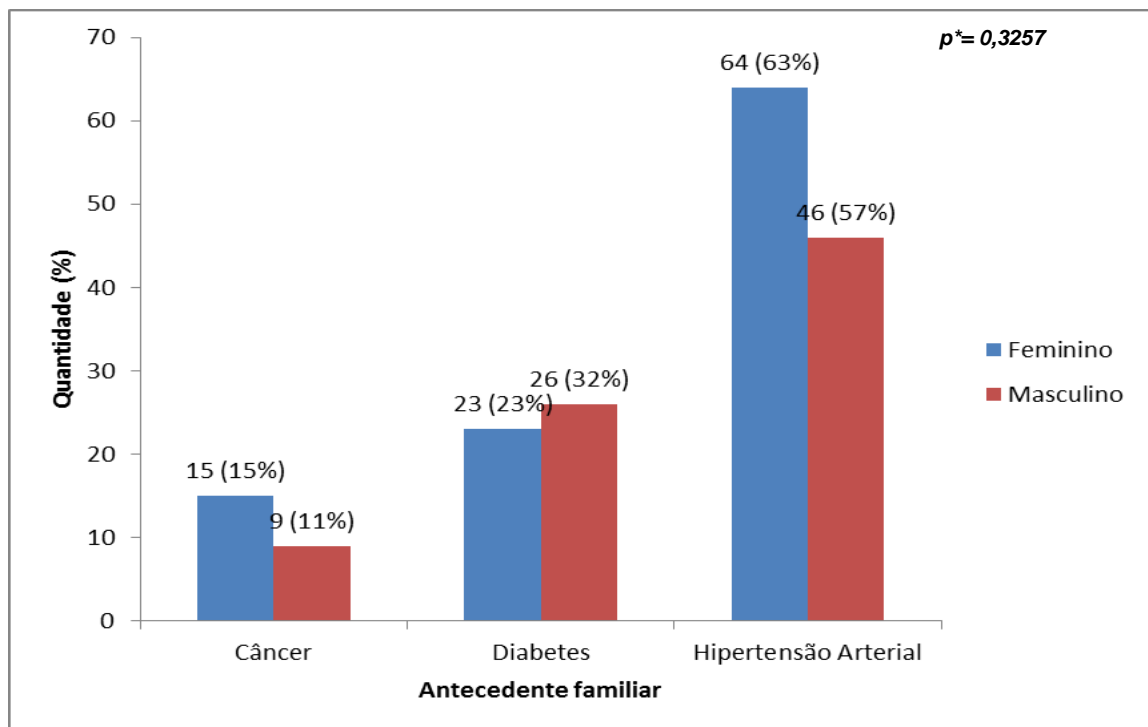


Figura 3 - Antecedentes mórbidos familiares dos idosos hipertensos segundo o sexo
*Teste G

6 DISCUSSÃO

A partir dos resultados obtidos com a pesquisa, foi possível observar a predominância do sexo feminino, sendo 80 mulheres (Tabela 2). Outro estudo mostra resultados semelhantes, em que dos 131 idosos estudados, 77 eram do sexo feminino e 54 do gênero masculino (SOUSA et al, 2013). O predomínio da população feminina, em ambos estudos, evidencia o processo de feminilização na terceira idade, isso se dá ao processo de transição demográfica brasileira, no que determina, que quanto mais a população envelhece, mais feminina ela se torna (BRASIL, 2012; IBGE, 2011).

Esse fato também pode ser confirmado no resultado desse estudo, que demonstram diferença significativa ($p=0,0067$) entre os gêneros, com percentual de 37% de idosas viúvas (Tabela 2), e chama atenção ainda mais, quando mostrou que a procura pelo serviço de saúde (96,3%) era realizada pelas idosas entrevistadas, com diferença significativa ($p=0,0264$) entre os sexos (Tabela 7). No entanto o elevado índice de idosas hipertensas, reflete o processo de feminilização na terceira idade, decorrente em parte do fato das mulheres viverem mais que os homens, e buscarem com maior frequência os serviços de saúde (FELICIANO, 2004; SAVONITTI, 2000; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006). Em contrapartida, estudo realizado no Rio Grande do Sul mostrou resultado diferente, uma vez que o predomínio foi do sexo masculino. Por essa razão, o sexo não pode ser considerado um fator de risco para a hipertensão (CONTIERO et al, 2009).

Com relação as variáveis raça, escolaridade e moradia (Tabela 2), não houve diferença significativa entre os gêneros, porém é importante ressaltar que a maioria dos idosos entrevistados eram da raça (negra/ parda) (92%), corroborando com a literatura, uma vez que, afirma haver uma incidência de HAS maior em indivíduos da etnia negra e o risco de complicações hipertensivas serem mais frequentes, podendo estar relacionado ao baixo nível sócio - econômico, além da predisposição genética (LESSA et al., 2006). Já quanto à escolaridade (Tabela 2), foi observado no estudo que 94,7% dos entrevistados apresentavam baixa escolaridade (ensino fundamental/ analfabetismo), semelhante ao encontrado no Ceará, onde todos os participantes da pesquisa, 25 idosos apresentaram menos de nove anos de estudos completo, o que representa o ensino fundamental, e 18 idosos

eram analfabetos, enquanto apenas 4 comprovaram ter mais de nove anos completos (ensino médio) (OLIVEIRA et al, 2008). O nível de escolaridade, assim como o fator socioeconômico, apresenta relação direta com a prevalência da hipertensão sendo que indivíduos com menor escolaridade e menor poder socioeconômico são mais suscetíveis, pois quanto menor grau de instrução e a condição econômica, menor será o nível de cuidados com a saúde, com isso haverá maior incidência da doença (PIERIN, 2004).

No que concerne à moradia (Tabela 2), 95,3% dos idosos hipertensos moravam em casa própria, corroborando com outro estudo realizado em Belém, no qual a maioria dos idosos mora em residência própria sendo 91% homens e 93% mulheres, o que não é fator determinante para uma condição apropriada de moradia (GOMES; SOUSA, 2010). A condição de moradia é definida como um dos indicadores objetivos de qualidade de vida, que incluem recursos econômicos, condições de habitação, além das condições físicas e de educação (HERCULANO, 2000; NUSSBAUN; SEN, 1995). Não houve diferença significativa entre os gêneros no que se refere as condições ambientais de moradia (Tabela 3), mas vale ressaltar que a população estudada, em sua maioria, não dispunha de rua asfaltada (70,7%), não eram beneficiados por rede de esgoto (97,3%) e utilizavam água encanada para consumo próprio (74,7%), o que mostrou uma realidade nas inadequações de moradia, que ameaçam diretamente na qualidade de vida da população brasileira (CARVALHO, 2013).

Em relação a faixa etária (Tabela 4) foi observado no estudo, que a população de idosos hipertensos, teve uma variação de 60 a 95 anos em ambos os sexos, sendo semelhante ao encontrado em outros estudos, realizados no nordeste e Rio de Janeiro, que obtiveram variações de 60 a 101 anos (DOURADO et al, 2011; SOUSA et al, 2013). Este dado pode ser explicado como sendo resultado do expressivo aumento da expectativa de vida e do envelhecimento populacional. Um fato importante a ser mencionado é que idade acima de 60 anos já é um fator de risco não só para hipertensão, mais também para outras doenças crônicas - degenerativas (OLIVEIRA et al., 2008).

O perfil clínico dos idosos hipertensos estudados, mostrou que houve diferença significativa entre os gêneros nas variáveis IMC ($p=0,0180$), PAS ($p=0,0038$) e PAD ($p<0,0001$) (Tabela 4). O IMC é o indicador antropométrico mais utilizado para avaliar o risco nutricional, em razão de ser uma medida facilmente

aplicável, não invasiva e de baixo custo. Nos idosos, a sua aplicação apresenta controvérsias, por causa do decréscimo de estatura, do acúmulo de tecido adiposo, da redução da massa corporal magra e da diminuição da quantidade de água no organismo, o que acaba impossibilitando uma avaliação correta para análise de desnutrição, sobrepeso e a obesidade (FÉLIX; SOUZA, 2009; RECH et al, 2008). Por outro lado, o resultado encontrado nesse estudo para as mulheres foi 25,7 kg/m² e para os homens 26,5 kg/m², condizente com outros estudos realizados no Rio de Janeiro e no Paraná, com resultados de 25,5 kg/m² e 28,7 kg/m², respectivamente (GIROTTTO et al, 2009; SOUSA et al, 2013). Esse estudo retratou que os idosos hipertensos estudados estavam com o peso adequado, levando em consideração a tabela de IMC específica do idoso, cujo valor normal é de 22,0 kg/m² a 27,0 kg/m². Convém ressaltar ainda que na terceira década de vida, ocorrem inúmeras alterações na composição corporal, e uma delas é a perda de massa magra e aumento no tecido adiposo, e que, além do aumento da gordura corporal, o envelhecimento leva à redistribuição da gordura abdominal (ABRAN, 2014; FREITAS et al, 2011; RECH et al, 2008; SANTOS, 2001)

Com relação a PAS e PAD (Tabela 4), a média encontrada nos homens PAS (144,6 mmHg) e PAD (97,6 mmHg) foi maior que nas mulheres PAS (136,9 mmHg) e PAD (90,3 mmHg), valores esse limítrofes para ambos os sexos. Pesquisa semelhante realizada em Manaus, mostrou médias de níveis pressóricos inferiores para os idosos, sendo PAS 128,0 mmHg e PAD 78,6 mmHg (SIQUEIRA et al, 2009). A hipertensão tem destaque no idoso por ser uma das doenças mais frequentes, quando a maioria deles apresenta elevação predominantemente ou isolada da pressão arterial sistólica (PAS). Isto se deve ao diferente comportamento da PAS e da pressão arterial diastólica (PAD). Com o envelhecimento, a PAS sofre elevação contínua até os 80 ou 90 anos, em torno de 25 a 35 mmHg, principalmente devido a diminuição da elasticidade dos grandes vasos, enquanto a PAD aumenta 10 a 15 mmHg até os 60 anos, para então se estabilizar ou reduzir-se gradativamente (MIRANDA; PERROTTI, 2002).

No que concerne aos hábitos de vida (Tabela 5), não houve diferença significativa entre os sexos, uma vez que 90,7% dos entrevistados não fumam atualmente. Por outro lado houve diferença significativa nas variáveis fumou anteriormente ($p=0,0024$), uso de bebida alcoólica ($p=0,0173$) e uso anterior de bebida alcoólica ($p=0,004$). Quanto ao fumo, bem como ao uso de bebidas

alcoólicas, observou-se nesse estudo, que o sexo masculino é sempre mais evidente, no que se refere ao uso do tabagismo e etilismo. Esse estudo evidenciou que 57% dos homens já fizeram uso do cigarro contra 37,5% das mulheres. Já quanto ao uso de bebida alcoólica atualmente, somente 10% dos homens contra 1% das mulheres bebem atualmente, porém 45,7% dos homens contra 27,5% das mulheres afirmaram ter consumido bebida alcoólica anteriormente. Pesquisa realizada no Nordeste do Brasil mostrou resultados semelhantes ao encontrado nesse estudo, sendo aqueles que ainda faziam uso de cigarro ou bebidas alcoólicas (DOURADO et al, 2011). Isso revela um estilo de vida tendencioso a ser mais saudável, o que é um ponto positivo (CONTIERO et al. 2009).

Em relação aos hábitos alimentares (Tabela 6), não houve diferença significativa quanto aos gêneros em nenhuma das variáveis. Nesse estudo, os resultados mostraram que os idosos hipertensos, dispõem de uma alimentação à base de frutas, vegetais, carnes, laticínios e cereais, corroborando com a literatura ao afirmar que a intervenção nutricional vem assumindo um papel decisivo no tratamento da hipertensão. As mudanças no estilo de vida, incluindo o processo de reeducação alimentar, são procedimentos indispensáveis para que se alcance um melhor resultado no controle da PA e outros fatores de risco cardiovascular, uma vez que a hipertensão além de ser multifatorial, a obesidade, o excesso de sódio na alimentação e o sedentarismo, estão entre os principais causadores de seu desenvolvimento e devem ser tratados (FREITAS et al, 2011; PIERIN, 2004).

Em relação a prática de atividades físicas (Figura 2), não houve diferença significativa entre os gêneros, e mostrou em seu resultado que 91,3% dos idosos hipertensos participantes da pesquisa, não praticavam nenhuma modalidade de exercício, evidenciando que os idosos da pesquisa eram sedentários, Por essa razão o sedentarismo é a principal causa do aumento da incidência de várias doenças, como a HAS, diabetes, obesidade, ansiedade, aumento do colesterol e infarto do miocárdio (FREITAS et al, 2011; KNUTH et al., 2009).

O estudo mostrou ainda que houve diferença significativa entre os gênero com relação à procura pelos serviços de saúde ($p=0,0264$) e o serviço de saúde mais procurado ($p<0,0001$) (Tabela 7), sendo que a procura pelos serviços de saúde pelas mulheres (96,3%) foi maior que no homem (88,5%) e ambos procuraram como primeira escolha as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esses dados sugerem que as mulheres procuram mais o atendimento dos serviços de saúde, pois além de

formarem a maioria dos indivíduos, tendem a ter um cuidado maior com a saúde (CONTIERO et al, 2009).

Com relação aos antecedentes mórbidos familiares, tanto entre os homens, quanto entre as mulheres a prevalência foi a HAS, resultado semelhante foi encontrado em pesquisa realizada na Paraíba, que encontrou prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sendo que as altas prevalências de hipertensão arterial podem estar associados a fatores genéticos, de predisposição à doença e a fatores de risco, embora não exista variantes genéticas que possam ser utilizadas para predizer o risco individual de HAS. O risco de hipertensão entre os idosos, não está ligada somente à fatores genéticos, mas aos hábitos saudáveis de vida, bem como a realização de exercícios físicos e alimentação saudável. (DOURADO et al., 2011; ZATTAR et al., 2013).

7 CONCLUSÕES

O presente estudo mostrou que a predominância de idosos hipertensos era do sexo feminino, decorrentes do processo de feminilização da população idosa, e de cor parda, confirmando com a literatura já existente. A variação da faixa etária para ambos os sexos foi entre 60-95.

Nível de escolaridade maior entre as mulheres, do que nos homens, apesar disso, ainda é considerado baixo, o que pode interferir nos cuidados de saúde. Diante de tal pressuposto, é evidente que sem o conhecimento adequado sobre as formas de prevenção e tratamento da hipertensão o quadro do paciente tende a agravar-se de forma mais rápida, além do mais o baixo nível implica no não acesso aos tratamentos médicos mais rápidos, no caso da rede privada.

Nos aspectos ambientais de moradia, ambos os sexos moram em casa própria, utilizam a água encanada para o consumo próprio, não possuem rede de esgoto e não apresentaram asfaltamento na rua, pode-se observar a presença de vários fatores que não permitem o acesso a uma boa qualidade de vida, já que as condições ambientais é um dos critérios para essa avaliação.

Houve uma conscientização maior por parte dos idosos de ambos os sexos, no que se refere aos hábitos de vida, observado pelo abandono do tabagismo e etilismo, e aqueles que ainda fazem uso, eram do sexo masculino. Foi observado o consumo de frutas e legumes, o que é um ponto positivo, já que a intervenção nutricional tem auxiliado o tratamento da hipertensão; e IMC dentro da normalidade, uma vez que a obesidade é um dos fatores para complicações da Hipertensão Arterial e o aparecimento de outras doenças cardiovasculares.

A maioria das mulheres idosas mostrou-se sedentária, em relação aos homens, onde 10% deles realizavam atividades físicas todos os dias, percentual maior do que as mulheres idosas. Apesar disso, elas foram as que mais procuraram os serviços de saúde, sendo a UBS o serviço mais requisitado. Em relação aos antecedentes mórbidos familiares, as doenças mais prevalentes foram a HAS e Diabetes para ambos os sexos. O que indica que a HA pode está ligada a fatores genéticos e a predisposição à doença.

Partindo desses pressupostos fica evidente que apesar de melhorias em alguns aspectos, os idosos ainda precisam de uma assistência contínua e

permanente, com a finalidade de incentivá-los, como por exemplo, com relação à importância das atividades físicas e da melhoria nos hábitos alimentares, a fim de promover uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ABRAN - Sociedade Brasileira de Nutrologia. **Sociedade de Especialidade Médica do CFM e AMB**. 2014. Disponível em: <<http://abran.org.br/para-o-publico/calculadoras/artigos-parceiros>>. Acesso em: 10/08/2014.

AMADO, T. C. F.; ARRUDA, I. K. G. Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados. **Rev. Brasileira de Nutrição Clínica**. 2004; 19(2): 94-99.

ANSILIERO, G. **Censo 2010**: primeiros resultados e implicações para a previdência social. In: Ministério da Previdência Social. Informe de Previdência Social. 2011; 23 (5):3-16.

AYRES, M.; AYRES JÚNIOR, M.; AYRES, D. L.; SANTOS, A. A. S. **BioEstat**: Aplicações estatísticas na área de ciências bio-médicas. 4. ed. Belém. 2007

BARBETTA, P. A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. 5. ed. Florianópolis: Editora da UFSC. 2002.

BARBOSA, R. G. B. et al. Adesão ao tratamento e controle da Pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arq Brasileiro de Cardiologia**. 2012; 99(1): 636-641.

BATISTA, A. S. et al. **Os idosos em situação de dependência e a proteção social no Brasil**. Texto para discussão 1420. IPEA: abril de 2009.

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Rio de Janeiro: Ipea, 2004

BLOOM, D. Billion and counting. **Science**. v. 333, p. 562-569, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006, Caderno nº 15.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** - Brasília: Ministério da Saúde, 2007, Caderno nº 19.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CABRAL, S. O. L. et al. Condições de ambiente e saúde em idosos residentes nas zonas rural e urbana em um município da região Nordeste. **Geriatría & Gerontologia**, 2010;4(2):76-84.

CANCELA, D. M. G. **O processo de envelhecimento**. Portugal, 2008. Disponível em: <www.psicologia.com.pt>. Acesso em: 10/08/2014.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad Saúde Pública**, 2003 Mai-Jun;19(3):725-733.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad Saude Publica**, 2008, Mar;24(3):597-605.

CESARIANO, C. B. et al. Prevalência e fatores socio-demográficas em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq. Bras. Cardiol.** 2008; 91(1): 29-35.

CONTIERO, A. P. et al. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaucha Enferm**, Porto Alegre (RS), 2009 mar; 30(1): 62-70.

DANTAS, A. O. **Hipertensão Arterial no Idoso**: Fatores dificultadores para a adesão ao tratamento medicamentoso. Belo Horizonte, 2011.

DOURADO, C. S. et al. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Scientiarum Health Sciences**. Maringá, 2011, v.33, n.1, p.9-17.

FELICIANO, A. B. et al. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad Saúde Pública**, 2004 nov/dez; 20(6): 1575-85.

FÉLIX, L. N.; SOUZA, E. M. T. Avaliação nutricional de idosos em uma instituição por diferentes instrumentos. **Rev. Nutr. Campinas**. 2009; 22(4): 571-580.

FIRMINO, H. et al. **Psicogeriatría**. Psiquiatria clínica, 2006.

FREITAS, E. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª Ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

GIROTTO, E. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, 2009, v. 31, n. 1, p. 77-82.

GOMES, K.O.; SOUSA, A.P.R.. **Avaliação da qualidade de vida de idosos hipertensos atendidos nas unidades básicas de saúde do município de Belém**. Universidade da Amazônia, Centro de Ciências Biológicas e Saúde, 2010.

GRAVINA, C. F.; GRESPAN, S. M.; BORGES, J. L. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, 2007, vol.14(1): 33-36.

HERCULANO, S. C. **A Qualidade de vida e seus indicadores**. Niterói: Eduff, 2000.

IMPERATRIZ. **Site oficial**. 2011. Disponível em:
<<http://www.imperatriz.ma.gov.br/prefeitura/cidade/>>. Acesso em: 15/03/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saneamento Básico**. Rio do Janeiro, 2010, 219 p.

_____. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

KNUTH, A. G. et al. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 2009, v. 25, n. 3, p. 513-520.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev Bras Hipertens**. 2001, 8: 383-92.

LEE, R. The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change. **Journal of Economic Perspectives**, v. 17 (4): p. 167–190, 2003.

LESSA, I. et al. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador, Bahia, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2006, v. 87 n. 6, p. 747-756.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, 2003,19(3).

MACEDO, A. **Terapêutica do Idoso**. In: JACOB FILHO, W. (Org.). Manual da Liga do Gamia. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 2003. Capítulo 11; p. 139-160.

MEDEIROS, A. R. C.; VIANNA, R. P. T. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade de saúde da família de João Pessoa, Paraíba. **Temas em Saúde**, 2006, v. 6, n. 30-41, p. 5-13.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório técnico da campanha nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus**. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde, Ministério da Saúde; 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília – DF, 2012.

MIRANDA, R. D; PERROTTI, T. C. Como reduzir a pressão arterial no idoso? **Revista Brasileira de Hipertensão**, 2002; 9:75-79.

MORAES, Edgar Nunes. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NUSSBAUM, M.; SEN, A. **The Quality of life**. Clariton Paperbacks, 1995.

NOGUEIRA, D. et al. [Awareness, treatment, and control for arterial hypertension: Pró-Saúde study, Brazil]. **Rev. Panam Salud Publica**. 2010; 27(2): 103-9

OLIVEIRA, C. J. et al. Avaliação do risco coronariano em idosos portadores de hipertensão arterial em tratamento. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, 2008, v.33, n.3, p. 162-167.

OPARIL S. Hipertensão arterial. In: Goldman L, Bennet JC, organizadores. **Cecil – Tratado de medicina interna**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 289-92.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Saúde nas Américas 2012: panorama da situação de saúde dos países das Américas**. Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

PALÁCIOS, J. Mudança e Desenvolvimento Durante a Idade Adulta e a Velhice. Em C. Coll, J. Palacios, & A. Marchesi. **Desenvolvimento Psicológico e Educação Psicologia Evolutiva** 2 Ed. Porto Alegre: Artmed; 2004, vol. 1.

PIERIN, A. M. G. **Hipertensão arterial**: uma proposta para o cuidar. 1. ed. Barueri: Manole Ltda., 2004.

RECH, C.R. et al. Concordância Entre as Medidas de Peso e Estatura Mensuradas e Auto-Referidas para o Diagnóstico do Estado Nutricional de Idosos Residentes no Sul do Brasil. **Rev Bras Med Esporte**. 2008; v.14, n.2.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores e dados básicos para a Saúde**. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde; 2012.

ROSÁRIO, T.M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq. Bras. Cardiol**. 2009; 93(6): 672-8.

SANTOS, R. D. et al. III Diretrizes brasileiras sobre dislipidemias e diretriz de prevenção da aterosclerose do departamento de aterosclerose da sociedade brasileira de cardiologia **Arq. Bras. Cardiol**. 2001; vol. 77 (supl. III).

SAVONITTI, BHR de A. **Qualidade de vida dos idosos institucionalizados**. São Paulo, 2000.

SHOJI; V.M.; FORJAZ; C.L.M. Treinamento físico da hipertensão. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo** 2000; 10:7-14.

SIQUEIRA, C. A. A. et al. Associação entre hipertensão e indicadores socioeconômico culturais, estilo de vida e saúde de idoso inseridos na estratégia da saúde da família de Manaus-AM. **Rev. Amaz. Geriatria e Gerontologia**, 2009 jan-jun; 2(1).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.** 2010;13(4):260-312.

SOUSA, R. et al. Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificação de IMC. **Rev Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2013; 16(1): 81-90.

TURRA, C.M.; QUEIROZ, B.L. **Intergenerational transfers and socioeconomic inequality in Brazil: a first look.** Trabalho apresentado no Taller sobre Transformaciones Demograficas, Transferências Intergeneracionales y Proteccion Social en América Latina, CELADE, Santiago, Chile, 2005.

TURRA, C.M.; RIOS-NETO, E. **Intergenerational Accounting and Economic consequences of Aging in Brazil.** Trabalho apresentado no XXIV IUSSP General Population Conference, Salvador, Brasil, 2001.

VASCONCELOS, A.M.N.; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Rev Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2012; 21(4):10.

VERAS, R.P. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 2007; 23(10): 2463-2466.

_____. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2011; 14(4): 779-786.

_____. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012; 17(1): 231-238.

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

ZATTAR, L. C. et al. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, mar 2013, 29(3):507-521.

APÉNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **Características Ambientais e Epidemiológicas de uma População de Idosos Hipertensos Atendida em uma Unidade Saúde da Família em Imperatriz - MA**

Nome da Orientadora: **Profa. Dra. Flávia Melo Rodrigues**

Nome da Pesquisadora: **Helcia Regina Lima Gonçalves**

O (A) Sr.(Sra.) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade descrever as características ambientais e epidemiológicas de uma população de idosos hipertensos atendida em uma unidade saúde da família em Imperatriz-MA, já que esta é uma doença crônica que gera inúmeras conseqüências ao paciente quando não realiza o tratamento adequadamente.

O número de participantes nesta pesquisa consiste de 150 idosos hipertensos cadastrados no hiperdia, acompanhados na Unidade Básica de saúde Bom Sucesso II do Município de Imperatriz – Maranhão.

Sua participação nesta pesquisa será por meio de um formulário, contendo 30 perguntas.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais, como prejuízos morais, nenhum tipo de desconforto, pois sua identidade será mantida em sigilo absoluto. Os benefícios esperados é sua contribuição para a melhoria do serviço de saúde ao participar do estudo.

Você será bem esclarecido quanto aos procedimentos da pesquisa, antes e durante a realização da mesma, de forma a deixar você ciente do que está fazendo. É livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento.

A sua participação é voluntária, sem nenhum tipo de ressarcimento financeiro, e, portanto a sua recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de algum benefício.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento dos dados, tratando sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada e outra será fornecida a você.

Ao participar desta pesquisa o (a) Sr. (Sra.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo, possa contribuir com informações importantes sobre as características ambientais e epidemiológicas dos idosos hipertensos.

Informo ainda que sua participação no estudo não acarretará nenhum tipo de despesa e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora – fone: (99) 8402-4545 ou (99) 8113-1652, a cobrar, ou pela Coordenação do Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da PUC GOIÁS – fone: (62) 3946 1346.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B – FORMULÁRIO

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Data de nascimento _____ (ano) ou a sua idade? _____ (anos)
2. Sexo: Feminino () Masculino ()
3. Cor/etnia: Branco(a) () Pardo(a) () Negro(a) () Amarelo(a) () Indígena ()
4. Qual o seu estado civil? Solteiro(a) () Casado () Divorciado(a) () Viúvo (a) ()
5. Qual a sua religião? Católica () Evangélica () Espírita () Umbanda () Outra ()
6. Com quem vive? Sozinho(a) () Marido/Esposa/companheiro(a) () Filha () Filho () Irmão () Irmã () Neto/a () Ajudante familiar/auxiliar () Outro(a)/s ()
7. Qual o número total de pessoas que vivem na residência que você mora, contando com você? _____
8. Qual o seu grau de escolaridade que possui?
Analfabeto () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo ()
Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo ()
9. Onde vive? Casa Própria () Casa Alugada ()
10. Quais os itens você possui em casa?
Televisão () DVD () Rádio () Computador () Carro () Moto () Máquina de lavar roupa () Geladeira () Telefone fixo () Telefone celular () Acesso a internet () TV por assinatura () Outros ()
11. A rua da sua casa: É asfaltada? Sim () Não ()
12. Tem rede de esgoto? Sim () Não ()
13. Na sua casa a água para consumo é: encanada () filtrada () fervida ()

HÁBITOS DE VIDA

14. Fuma atualmente? Sim () Não () Passe para a pergunta 16
15. Com que frequência fuma?
1 vez por mês ou menos () 2-4 vezes por mês () 2-3 vezes por semana () 4 ou mais vezes por semana ()

16. Nos dias em que fuma qual a quantidade de cigarros que fuma, em media?

1 - 2 - 3 - 5 - 6 - 9 - 10 - 20 - Mais de 20

17. Alguma vez já fumou? Sim () Não () Passe para a pergunta 19

18. Deixou de fumar há quanto tempo: Menos de 6 meses () 6 ou mais meses ()

19. Bebe bebidas alcoólicas atualmente? Sim () Não () Passe para a pergunta 23

20. Com que frequência bebe bebidas alcoólicas?

1 vez por mês ou menos () 2-4 vezes por mês () 2-3 vezes por semana

() 4 ou mais por semana ()

21. Nos dias em que bebe, quantas bebidas alcoólicas bebe, em media?

1 ou 2 () 3 ou 4 () 5 ou 6 () 7, 8, ou 9 () 10 ou mais ()

22. Alguma vez bebeu bebidas alcoólicas? Sim () Não ()

23. Ha quanto tempo deixou de beber bebidas alcoólicas?

Menos de 6 meses () 6 ou mais meses ()

24. Quanto aos seus hábitos alimentares, com que frequência consome os alimentos a seguir, respectivamente: Mês (1) Semana (2) Diariamente (3) Nunca (4)

a) fruta? 1 2 3 4

b) vegetais? 1 2 3 4

c) carne? 1 2 3 4

d) peixe? 1 2 3 4

e) laticínios? (queijo, leite, iogurtes) 1 2 3 4

f) cereais (ex. pão, bolachas, cereais de colher, etc.)? 1 2 3 4

25. Pratica alguma atividade física? Qual?

Sim () Não () _____

CUIDADOS DE SAÚDE

26. Qual a sua altura (cm)? _____

27. E o seu peso (kg)? _____

28. IMC? _____

29. P.A.? _____

30. No último ano, procurou ou utilizou algum serviço de cuidados de saúde?

Sim () Não ()

31. Com que frequência contactou e qual o serviço?

Mensalmente () Semanalmente () Diariamente () Nunca ()

32. Serviço que procurou? _____

33. Quando foi sua última consulta à saúde?

- () há menos de 1 semana
- () entre 1 semana e 1 mês atrás
- () entre 1 a 3 meses
- () mais de 3 meses atrás
- () não lembro

34. Antecedentes familiares:

Hipertensão arterial () Diabetes mellitus () Câncer ()

APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IMPERATRIZ - MA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IMPERATRIZ - MA
DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA DE IMPERATRIZ - MA

CARTA DE ANUÊNCIA

Imperatriz- MA, 11 de agosto de 2014.

Declaro que o departamento de Atenção Básica em Saúde do município de Imperatriz – MA, se compromete em disponibilizar condições de Infraestrutura e dar apoio necessário à execução do Projeto de Pesquisa “**CARACTERÍSTICAS AMBIENTAIS E EPIDEMIOLÓGICAS DE UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS HIPERTENSOS ATENDIDA EM UMA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA EM IMPERATRIZ-MA**” da discente Hércia Regina Lima Gonçalves, aluna do Mestrado em Ciência Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Estado de Goiás sob a orientação da Dra. Flávia Melo Rodrigues, respeitando os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 466/12.

ANDERSON GOMES NASCIMENTO

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC/GOIÁS****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS ENTRE
IDOSOS HIPERTENSOS DE IMPERATRIZ DO MARANHÃO

Pesquisador: Hércia Regina Lima Gonçalves

Área Temática:

Versão: 4

CAEE: 38856614.1.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/GOIÁS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.128.806

Data da Relatoria: 24/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta a pendência.

Objetivo da Pesquisa:

Trata-se de resposta a pendência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de resposta a pendência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de resposta a pendência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de resposta a pendência.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram sanadas.

Projeto de pesquisa aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado.

Necessita Apreciação da CONEP:

Não.

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação deste, conferida pelo CEP, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua Pesquisa em casos de alteração de amostra ou centros de coparticipação. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações.

O CEP PUC Goiás poderá realizar escolhas aleatórias de protocolos de pesquisa aprovados para verificar o cumprimento da Resolução CNS 466/12 e complementares.

GOIÂNIA, 29 de Junho de 2015.

Assinado por:
NELSON JORGE DA SILVA JR.
(Coordenador)