



Hipertensão arterial em idosos acompanhados na atenção primária: perfil e fatores associados^a

Arterial hypertension in the elderly accompanied in primary care: profile and associated factors

Hipertensión arterial en ancianos acompañados en la atención primaria: perfil y factores asociados

Breno de Sousa Santana¹

Bárbara Soares Rodrigues¹

Marina Morato Stival¹

Cris Renata Grou Volpe¹

1. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

RESUMO

Objetivo: Analisar o controle da pressão arterial de idosos hipertensos acompanhados por uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal, determinando o perfil sociodemográfico e os fatores de risco associados. **Método:** Trata-se de um estudo transversal realizado com 133 idosos hipertensos. Foram avaliadas variáveis relacionadas aos fatores sociodemográficos, hábitos de vida, fatores clínicos e adesão à terapêutica medicamentosa através da aplicação de instrumentos semiestruturados e escalas validadas. Resultados com $p < 0,05$ foram considerados significativos. **Resultados:** Os idosos apresentaram pressão arterial controlada (56,4%) de forma predominante. A maioria dos participantes foi do sexo feminino e as mulheres também apresentaram maior taxa de descontrole (86,2%). A idade avançada mostrou associação com maiores valores pressóricos ($p = 0,031$). Alcoolismo ($p = 0,020$) e índice de massa corporal médio de 33,0 ($p < 0,000$) foram fatores associados com a hipertensão arterial. **Conclusão e implicações para a prática:** Verificou-se que existe forte associação entre os fatores de risco abordados e a falta de controle da pressão arterial de idosos hipertensos, principalmente no que diz respeito à idade avançada, alcoolismo, obesidade e sobrepeso, sendo necessário reorientar o planejamento e as estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos, voltadas a idosos hipertensos no âmbito da atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Pressão Arterial Alta; Fatores de risco; Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária.

ABSTRACT

Objective: to analyze blood pressure control in elderly hypertensives accompanied by a Basic Health Unit of the Federal District, determining the sociodemographic profile and the associated risk factors. **Method:** this is a cross-sectional study with 133 elderly hypertensive patients. Variables related to sociodemographic factors, life habits, clinical factors and adherence to drug therapy were evaluated through the application of semistructured instruments and validated scales. Results with $p < 0.05$ were considered significant. **Results:** the elderly presented controlled blood pressure (56.4%) predominantly. The majority of the participants were female and women also had a higher rate of uncontrolled blood pressure (86.2%). Older age was associated with higher blood pressure values ($p = 0.031$). Alcoholism ($p = 0.020$) and mean body mass index of 33.0 ($p < 0.000$) were factors associated with hypertension adherence to therapy had more controlled values of systolic and diastolic blood pressure. **Conclusion and implications for the practice:** it was verified that there is a strong association between the risk factors discussed and the lack of control of the blood pressure of elderly hypertensive, especially with regard to advanced age, alcoholism, obesity and overweight, and it is necessary to reorient the planning and strategies of promotion of health and prevention of diseases directed at the elderly hypertensive in the scope of primary health care.

Keywords: High Blood Pressure; Risk Factors; Health Promotion; Primary Health Care; Public Health Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar el control de la presión arterial en ancianos hipertensos acompañados por una Unidad Básica de Salud del Distrito Federal, determinando el perfil sociodemográfico y los factores de riesgo asociados. **Método:** se trata de un estudio transversal realizado con 133 ancianos hipertensos. Se evaluaron variables relacionadas a los factores sociodemográficos, hábitos de vida, factores clínicos y la adhesión a la terapéutica medicamentosa, a través de la aplicación de instrumentos semiestructurados y escalas validadas. Los resultados con $p < 0,05$ se consideraron significativos. **Resultados:** los ancianos presentaron presión arterial controlada (56,4%) de forma predominante. La mayoría de los participantes fue del sexo femenino y las mujeres también presentaron mayor tasa de descontrol (86,2%). La edad avanzada mostró asociación con mayores valores de presión ($p = 0,031$). El etilismo ($p = 0,020$) y el índice de masa corporal promedio de 33,0 ($p < 0,000$) fueron factores asociados a la hipertensión arterial. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** se constató que existe una fuerte asociación entre los factores de riesgo abordados y la falta de control de la presión arterial de los ancianos hipertensos, principalmente en lo que se refiere a la edad avanzada, al alcoholismo, a la obesidad y al sobrepeso, siendo necesario reorientar la planificación y las estrategias de promoción de la salud y prevención de agravos, dirigidos a ancianos hipertensos en el ámbito de la atención primaria de la salud.

Palabras clave: Presión Arterial Alta; Factores de Riesgo; Promoción de la Salud; Atención Primaria de la Salud; Enfermería en Salud Comunitaria.

Autor correspondente:

Breno de Sousa Santana.

E-mail: bresousas@outlook.com.

Recebido em 31/10/2018.

Aprovado em 27/03/2019.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0322

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira é um fato que está atrelado a urbanização, as mudanças sociais e econômicas e a globalização, impactando em como as pessoas vivem, trabalham e se alimentam. Como consequência, tem crescido a incidência de obesidade e sedentarismo, fatores de risco importantes para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).¹ No Brasil, essas doenças constituem um grave problema de saúde pública, correspondendo a 68,3% das causas de morte, com destaque para as doenças cardiovasculares.^{2,3}

Aproximadamente 66 milhões de pessoas referem doenças crônicas no Brasil, sendo o Sudeste, com 29,5 milhões de indivíduos, a região brasileira onde as DCNT são mais prevalentes, com mais de um terço da taxa nacional. Na região Centro-Oeste, por outro lado, o número de indivíduos é menor, sendo 4,7 milhões de pessoas que referem doenças crônicas, 817 mil delas no Distrito Federal,⁴ local de realização deste estudo.

Importante DCNT, a Hipertensão Arterial (HA) é uma condição caracterizada por elevação e sustentação dos níveis de pressão arterial (PA). Geralmente, dislipidemia, obesidade abdominal e diabetes melito (DM) são fatores de risco para esse quadro. O controle inadequado da PA está diretamente relacionado a acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC) e doença renal crônica (DRC), eventos graves, que reduzem a longevidade e a qualidade de vida, implicando em declínio da funcionalidade global, sobretudo da pessoa idosa.⁵

Devido às mudanças decorrentes do envelhecimento, como as alterações morfológicas, metabólicas e psíquicas, os indivíduos idosos possuem maior risco para desenvolver hipertensão arterial, que pode ser considerada a condição mais prevalente em idosos assistidos por Unidades Básicas de Saúde (UBS).⁶ Frente a isso, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil implementou uma linha de cuidados para a pessoa idosa, denominado "Estratégias para a promoção do envelhecimento saudável", com intuito de qualificar atendimento a essa população e reorganizar os serviços de saúde, em especial, a Atenção Primária à Saúde (APS).⁷

Vale destacar a importância da enfermagem na APS, com funções que abrangem desde o gerenciamento e manutenção do funcionamento das UBS, até ações dirigidas aos indivíduos, famílias e comunidade, com a finalidade de garantir assistência integral, promoção e proteção da saúde e prevenção de agravos, inclusive no acompanhamento e controle da HA em indivíduos idosos.⁸

Estimativas demonstram prevalência de 35,8% de HA entre os brasileiros, sendo os homens a maioria.⁹ A Sociedade Brasileira de Cardiologia elencou os principais fatores de risco para HA, sendo eles: idade, sexo e etnia, excesso de peso e obesidade, elevada ingestão de sal, alcoolismo, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética,⁵ sendo indispensável que, além do tratamento, os fatores modificáveis também sejam revertidos para controle da PA.¹⁰

O custo individual de uma doença crônica é alto e geralmente está associada a afastamento do trabalho, perda de produtividade e outros fatores que influenciam negativamente na renda das famílias, estimando-se que de 2006 a 2015 foram gastos US\$ 4,18 bilhões com tratamento e que as doenças cardiovasculares, cuja HA é fator de risco, são as que geram ou requerem os maiores gastos relacionados a internações hospitalares e procedimentos de média e alta complexidade.⁴

Torna-se imprescindível investir em prevenção e controle dos valores pressóricos de idosos hipertensos, uma vez que conhecer o perfil desta população pode auxiliar na construção de políticas públicas e na diminuição de agravos decorrentes da HA. Com base neste contexto, o objetivo deste estudo foi analisar o controle da pressão arterial de idosos hipertensos acompanhados por uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal, determinando o perfil sociodemográfico e os fatores de risco associados.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado em uma Unidade Básica de Saúde no Distrito Federal no período de janeiro a julho de 2017. A população do estudo foi constituída por participantes hipertensos referenciados nessa unidade. A amostra foi de conveniência e formada por 133 participantes idosos hipertensos. Foram considerados hipertensos os indivíduos com pressão arterial sustentada em valores pressóricos ≥ 140 mmHg para pressão arterial sistólica (PAS) e ≥ 90 mmHg para pressão arterial diastólica (PAD).⁵

Foram elegíveis os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, com diagnóstico de Hipertensão Arterial há pelo menos 3 meses e que participavam do grupo de acompanhamento a pacientes hipertensos adotados na unidade. Foram excluídos os portadores de doenças mentais, de neoplasias em tratamento e aqueles participantes que não preencheram algum dos instrumentos aplicados ou cujos instrumentos não puderam ser interpretados devido a letra ilegível, rasura e duplicidade de respostas.

Para coleta dos dados foi utilizado: (a) instrumento semiestruturado para determinação do perfil sociodemográfico e socioeconômico, (b) instrumento semiestruturado sobre uso de medicamentos em geral, (c) instrumento sobre qualidade de vida e atividade física, (d) instrumento para avaliação do estado nutricional e composição corporal (e) escala de adesão a tratamentos modificada - Teste de *Morisky&Green*.¹¹

Para análise dos parâmetros bioquímicos e imunológicos foi realizada uma coleta de 15mL de sangue da veia ante cubital em tubos à vácuo com o participante em jejum de 12 horas, para a realização das dosagens de colesterol total e triglicérides. Para medição da massa corporal foi utilizada uma balança *Filizola*® com precisão de 100 g; para estatura, uma escala métrica vertical com precisão de 1 mm.

A composição corporal foi avaliada através de exame de Absortometria Radiológica de Dupla Energia (DEXA), utilizando

equipamento da marca *General Electric-GE®*, modelo 8548 BX1L, ano 2005, tipo Lunar DPX, com software *Programa Encore 2005*. O exame foi realizado por técnico treinado. Para execução do procedimento, todos os participantes retiraram os pertences de metal (pulseiras, brincos, anéis, alianças etc.), posicionaram-se em decúbito dorsal sobre a mesa do equipamento, de forma que ficassem totalmente centralizados em relação às laterais da mesa. Os participantes foram instruídos a se disporem com os membros inferiores estendidos, sendo utilizada uma fita de velcro para mantê-los próximos e dar suporte aos pés, de forma que esses ficassem em uma angulação de aproximadamente 45° em relação ao plano vertical. Os membros superiores permaneceram estendidos e posicionados ao longo do corpo, sem que houvesse contato com o tronco.

A medida da PA foi realizada através de técnica auscultatória, após 10 minutos de repouso, em ambiente calmo, com o participante sentado, com as pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira, relaxado e em silêncio.

A partir dos dados coletados, dividimos os participantes em dois grupos: 1) indivíduos com PA controlada (PA Controlada) e 2) indivíduos com PA descontrolada (PA Descontrolada). Em seguida, elencamos as variáveis pesquisadas que são fatores de risco para o descontrole da pressão arterial e conseqüente influenciadores positivos para a prevalência de Hipertensão Arterial.

Foram analisadas as variáveis: sexo, estado civil, ocupação, idade, renda, escolaridade, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, tempo de diagnóstico de hipertensão arterial, Índice de Massa Corporal (IMC), Porcentagem de Gordura Corporal (PGC), colesterol total, triglicérides, valores de PAS e PAD e adesão à terapêutica medicamentosa. Foi considerado IMC elevado aquele com valor acima de 24,9 para sobrepeso e de 29,9 para obesidade.¹² Os valores considerados alterados para o colesterol total e os triglicérides foram > 190mg/dL e > 150mg/dL, respectivamente.¹³

Os dados foram organizados em planilhas do *Microsoft Excel® 2016* e analisados com auxílio do *IBM Package for the Social Sciences (SPSS®)* versão 20.0. Os testes estatísticos utilizados foram o Qui-Quadrado de Pearson e *t-Student*. A regressão logística foi usada para determinar o efeito independente da associação entre as variáveis independentes e o não-controle da pressão arterial. Para elaboração do modelo final, utilizou-se a regressão logística multivariada, incluindo-se as variáveis do estudo com a utilização do método *forward stepwise*. Foi estimada a razão de chances (OR), com nível de significância de 5% e o intervalo de confiança de 95%.

Todos os participantes foram informados acerca dos riscos e benefícios da pesquisa e que os resultados se destinaram para a fundamentação de trabalho científico. A eles foi garantido anonimato e sua privacidade foi preservada por meio da substituição dos nomes por números de identificação, que constaram nos ins-

trumentos de coleta de dados. Foi-lhes garantido que poderiam declinar à participação no estudo quando considerassem oportuno, não ocasionando dano pessoal. Todos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (FEPECS/SES-DF), conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), obtendo aprovação em 08 de dezembro de 2015, segundo o número de parecer 1.355.211 e CAEE 0367215.5.0000.5553.

RESULTADOS

A média de idade dos idosos participantes do estudo foi de 63,2±10,5 anos, com predominância aos que apresentaram PA controlada (56,4%), renda média de R\$1.729,00±1.549,00, com destaque aos casados (49,62%) e aposentados (41,4%). Percebe-se que as mulheres, que também foram maioria (87,2%), apresentaram maior taxa de descontrole da pressão arterial (86,2%) quando comparadas aos homens. A média de escolaridade observada foi de 6,9±3,9 anos (Tabela 1).

Foi verificada predominância de indivíduos não fumantes (94%), não etilistas (91,73%) e não sedentários (81,9%), curiosamente sem associação significativa com o controle da pressão arterial (Tabela 2). Apresentaram PA descontrolada aqueles participantes com média superior de tempo de doença (127,9±98,5 meses). IMC elevado (33,0±6,0) apresentou relação significativa com descontrole pressórico. Da mesma forma, a falta de controle da pressão arterial está associada com maiores médias de PGC (43,8±8,2), colesterol total (203,2±41,8) e triglicérides (165,3±80,3), sem muita relevância estatística. Em ambos os grupos predominou a adesão moderada a terapêutica medicamentosa, verificando-se uma relação importante, mas não significativa entre a adesão e o controle dos níveis pressóricos (Tabela 3).

Após aplicada regressão logística multivariada, as variáveis foram ajustadas de acordo com sua associação com o não controle da pressão arterial, eliminando as variáveis de confusão. Como verificado, os indivíduos com PA descontrolada possuem maior chance de ter idade avançada quando comparados aos indivíduos com PA controlada. Do mesmo modo, indivíduos com PA descontrolada possuem chances maiores de apresentarem IMC elevado, alcoolismo e valores mais altos de PAS e PAD em relação aqueles que mantêm controle adequado da PA, como mostra a Tabela 4.

DISCUSSÃO

Este estudo fez uma análise acerca dos fatores que influenciam a falta de controle da pressão arterial em idosos hipertensos acompanhados em uma Unidade Básica de Saúde no Distrito Federal. Para isso, foram pesquisados os fatores sociodemográficos

Tabela 1. Fatores sociodemográficos associados ao controle da Pressão Arterial dos idosos. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2017.

Características	N(%)=133	PA Controlada		PA Descontrolada		P
		N	%	N	%	
Sexo						0,463
Feminino	116 (87,2)	66	88	50	86,2	
Masculino	17 (12,8)	9	12	8	13,8	
Estado Civil						0,644
Solteiro(a)	20 (15,04)	10	13,3	10	17,3	
Casado(a)	66 (49,62)	37	49,3	29	50	
Divorciado(a)	10 (7,52)	5	6,7	5	8,6	
Viúvo(a)	37 (27,82)	23	30,7	14	24,1	
Ocupação						0,798
Ativo(a)	29 (21,8)	13	17,3	16	27,6	
Aposentado(a)	55 (41,4)	32	42,7	23	39,6	
Inativo(a)	49 (36,8)	30	40	19	32,8	
Idade (M±DP)*	63,2±10,5	62,4±8,9		64,2±11,4		0,031
Renda (M±DP)**	1.729,00±1.549,00	1.614,00±1.367,00		1.877,00±1.759,00		0,368
Escolaridade (M±DP)*	6,9±3,9	7,3±3,9		6,4± 4,0		0,198

* em anos;

** em reais (R\$).

Tabela 2. Hábitos de vida e sua associação com o controle da Pressão Arterial dos idosos. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2017.

Características	N(%)=133	PA Controlada		PA Descontrolada		P
		N	%	N	%	
Tabagismo						0,540
Sim	8 (6)	5	6,7	3	5,2	
Não	125 (94)	70	93,3	55	94,8	
Alcoolismo						0,175
Sim	11 (8,27)	8	10,7	3	5,2	
Não	122 (91,73)	67	89,3	55	94,8	
Sedentarismo						0,997
Sim	24 (18,05)	13	17,3	11	19	
Não	109 (81,95)	62	82,7	47	81	

ficos e hábitos de vida, os fatores clínicos, a caracterização da PAS e da PAD e, por fim, elencados fatores associados ao não controle da PA, conforme regressão logística.

Um estudo trouxe uma amostra de 124 hipertensos acompanhados por uma UBS brasileira, dos quais 65,3% apresentaram PA descontrolada, uma porcentagem maior quando comparada aos 43,6% de hipertensos que compuseram a amostra de 133

participantes. Tal estudo ainda traz que a maioria dos participantes com PA descontrolada são do sexo feminino,¹⁴ o que condiz com os resultados obtidos. Outro estudo, de 2016, com 190 participantes idosos hipertensas, mostrou que 43,2% delas apresentavam PA não controlada.¹⁵

Nos Estados Unidos, a taxa de controle da pressão arterial apontada por estudo foi de 52,8%,¹⁶ enquanto na Europa

Tabela 3. Fatores clínicos, caracterização da PAS e da PAD, adesão a terapêutica medicamentosa e sua associação com o controle da Pressão Arterial dos idosos. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2017.

Características	N(%)=133	PA Controlada	PA Descontrolada	P
		N	N	
Diagnóstico de HA (M±DP)*	122,0±92,8	117,5±88,6	127,9±98,5	0,152
IMC (M±DP)	31,4±5,5	30,2±4,9	33,0±6,0	0,006
PGC (M±DP)	42,4±8,0	41,1±7,6	43,8±8,2	0,085
Colesterol total (M±DP)	199,8±39,0	197,5±37,1	203,2±41,8	0,451
Triglicerídeos (M±DP)	162,1±77,2	159,9±75,6	165,3±80,3	0,786
PAS (M±DP)**	133,8±17,6	121,6±8,8	150,1±12,3	<0,000
PAD (M±DP)**	78,2±10,4	74,5±7,4	83,1±11,7	<0,000
Adesão				0,138
Baixa	28	12(16)	16(27,6)	
Moderada	63	37(49,3)	26(44,8)	
Alta	42	26(34,7)	16(27,6)	

HA: Hipertensão Arterial; IMC: Índice de Massa Corporal; PGC: Percentual de gordura corporal; PAS: Pressão arterial sistólica; PAD: Pressão arterial diastólica;

* tempo em meses;

** em mmHg

Tabela 4. Fatores associados ao não controle da Pressão Arterial dos idosos após análise de regressão logística multivariada. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2017.

Fatores	OR	IC	P
Idade avançada	2,14	1,77-5,15	0,040
Alcoolismo	1,32	1,03-1,94	0,020
PAS elevada	1,55	1,09-2,65	<0,000
PAD elevada	1,99	1,70-2,70	<0,000
IMC elevado	1,70	1,52-2,79	<0,000
Sexo feminino	1,15	0,90-1,44	0,266
Baixa renda	0,63	0,27-2,30	0,410
Baixa escolaridade	0,88	0,38-1,99	0,154
PGC elevado	0,82	0,66-1,36	0,756
Colesterol total elevado	1,43	0,82-2,44	0,108
Triglicerídeos elevado	0,98	0,61-1,44	0,688
Tabagismo	0,78	0,55-1,32	0,754
Sedentarismo	1,27	0,73-2,13	0,395

OR: Odds ratio; IC: Intervalo de confiança 95%; PAS: Pressão arterial sistólica; IMC: Índice de Massa Corporal; PAD: Pressão arterial diastólica; PGC: Percentual de gordura corporal

encontra-se controle de 51,2% a 65,4%,¹⁷ valores semelhantes aos 56,4% aqui evidenciados. Em Gana, por outro lado, um estudo demonstrou controle insatisfatório de 33,3% dentre os participantes previamente diagnosticados com HA, enquanto que dentre os sem diagnóstico prévio, aproximadamente 70% apresentaram estágios pré-hipertensivos e hipertensivos.¹⁸ Não se pode estabelecer esta avaliação, uma vez que todos os parti-

cipantes do nosso estudo possuíam hipertensão arterial prévia.

A amostra verificada aqui foi composta por 87,2% de mulheres, onde 43,1% apresentou PA não controlada, o que reitera ainda mais as estimativas. Um estudo com amostra maior foi realizado no Brasil. Em 2015, com 15.105 hipertensos.⁽⁹⁾ Nele, a prevalência de HA foi maior entre os homens do que entre as mulheres. Com base nisso, podemos inferir que a hipertensão

arterial não está condicionada ao sexo. Tanto, homens quanto mulheres apresentam taxas semelhantes de HA, bem como de descontrolado da PA.

Algumas alterações estruturais e físicas são propiciadas pelo envelhecimento, dentre elas alterações no sistema cardiovascular. Nas mulheres, as alterações próprias do climatério e da menopausa, como a rigidez arterial, pode ser responsável pela prevalência de HA em idosas.²⁰ Estudos também mostraram intrínseca relação entre a idade e o descontrolado da pressão arterial.^{10,19}

Percebe-se que o elevado consumo de álcool está associado à elevação dos níveis de PAS e PAD, bem como ao aumento dos níveis de colesterol e dos valores de IMC. Tais efeitos são importantes fatores que levam a danos ao sistema cardiovascular, podendo levar ao quadro hipertensivo.²⁰

A média de IMC para os indivíduos sem controle da pressão arterial foi $33,0 \pm 6,0$, maior do que a média identificada em um estudo parecido realizado em Portugal, em 2017, com 709 indivíduos, onde a média foi de $30,03 \pm 4,95$.²¹ Outro estudo também correlaciona maior valor de IMC com o descontrolado da PA.²²

A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica indica que valores elevados de IMC se associam com as taxas de hipertensão arterial e com outras doenças cardiovasculares, contudo aponta que a relação cintura-estatura é um melhor preditor para fatores de risco cardiometabólicos em ambos os sexos e sugere o uso desta.¹²

A taxa de adesão terapêutica em um estudo feito com 231 participantes foi de 19,7%. Dos não aderentes, 33,2% apresentaram adesão média e 47,1% apresentaram baixa adesão terapêutica. Aqueles participantes com maior taxa de adesão apresentaram valores médios de PA de $125,5 \times 85,3$ mmHg.²³ Os benefícios da aderência ao tratamento são necessários para estabelecer relacionamento e promover tratamento adequado.^{24,25} Comparando com os resultados obtidos, participantes com baixa adesão possuem maiores taxas de PA descontrolada e, estes, possuem médias maiores de PAS e PAD. Logo, pode-se verificar que a baixa adesão a terapêutica é importante fator de risco para o descontrolado da pressão arterial.

O custo elevado de compra dos medicamentos anti-hipertensivos, o uso de combinações de classes farmacológicas diferentes e muitos comprimidos são fatores preditivos para não adesão. A não adesão em relação aos custos vem sendo superada, no Brasil, pelo acesso gratuito à farmacoterapia em nível ambulatorial promovido pelo SUS.²⁶ O uso de polipílulas com combinação de diferentes princípios ativos é indicado como uma estratégia viável para melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso,²⁷ o que pode ser adotado pelo sistema público de saúde como ferramenta para melhorar o controle da PA.

Vale ressaltar que indivíduos hipertensos apresentam um grande custo para o sistema de saúde. Estima-se que o custo anual para o tratamento da hipertensão arterial no sistema público de saúde seja de R\$ 398,9 milhões, representando 1,43%

do total de gastos do SUS. A HA é um potencial preditor clínico para o agravamento de casos, aumento de tempo de internação e maior custo de tratamento.²⁸

Um estudo realizado em uma Unidade de Referência de média complexidade em Recife, financiada pelo SUS trouxe os valores pagos em reais pelos procedimentos realizados no período de um ano. Os exames cardiológicos tiveram custo de R\$ 223,8 mil, sendo 34,2% dos procedimentos com finalidade diagnóstica. Para os procedimentos clínicos, consulta em cardiologia teve custo de R\$ 167,1 mil. O custo com medicamentos cardiovasculares e para hipertensão foi de R\$ 1,95 milhões, representando 24,6% de todos os gastos.²⁹

Em um estudo com dados de 2008 a 2012 no âmbito do SUS, evidenciou-se 4.125 internações hospitalares por doenças cardiovasculares, correspondendo a uma média de 825 internações hospitalares por ano. Juntamente com as neoplasias, as doenças cardiovasculares representaram a classe mais dispendiosa, com custo absoluto total de R\$ 12,6 mil, sendo 51,2% dos custos com internações hospitalares do SUS.³⁰

Recente comparação da população da América Latina com outros lugares do mundo demonstra que a hipertensão arterial é um fator de risco comum para doença cardiovascular, o que faz essencial o conhecimento dos padrões epidemiológicos locais de hipertensão.³¹

Através de uma exitosa estratégia da Sociedade Brasileira de Cardiologia, realizou-se um registro da prática clínica vigente para o tratamento da HA no Brasil e apontou, ainda, que melhor conhecimento sobre o modo como ocorre o controle e o tratamento de hipertensos, bem como estudos que evidenciem as características próprias da população brasileira, irá permitir a implementação de políticas que visem o aperfeiçoamento deste procedimento e, com isto, contribuir para uma mudança no perfil epidemiológico e diminuição da morbidade e mortalidade cardiovascular no Brasil.³²

Assim como esta pesquisa, a maior parte dos estudos encontrados em literatura para a temática “hipertensão e controle da pressão arterial” foram realizados em Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família. Verifica-se a importância da Atenção Primária nesse contexto, uma vez que a prevenção e a promoção podem evitar complicações decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial.^{15,33,34}

A UBS, onde os dados deste estudo foram coletados, conta com um organizado programa de apoio aos indivíduos hipertensos, tendo os profissionais um grande vínculo com os pacientes, o que podem ser justificativas para algumas variáveis não terem sido tão significativas estatisticamente e não terem aparecido como fatores de risco. A equipe de enfermagem é altamente capacitada e investe muito em prevenção e educação em saúde, bem como o autocuidado.

É importante a realização de ações interdisciplinares que contribuam para o manejo e controle da hipertensão arterial e

outras doenças cardiovasculares. Os grupos são ferramentas que podem complementar as ações promovidas pelos profissionais de saúde, permitindo que os pacientes compartilhem experiências e vivenciem saberes e práticas, auxiliando no tratamento.³⁴

Parte das variações encontradas entre este e outros estudos podem ser decorrentes de diferenças metodológicas. O desenho de corte transversal deste estudo traz limitação na interpretação dos resultados, por não permitir estabelecimento de relações causais ou temporais, dificultando saber se os fatores são consequência da doença ou antecederam sua ocorrência. A utilização do IMC como uma das variáveis ao invés da relação cintura-estatura também foi um fator prejudicial. Entretanto, os resultados foram positivos, uma vez que trouxeram características próprias da população estudada e demonstraram a importância de um sistema de saúde qualificado, com a atenção primária tida como porta de entrada para a rede.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O presente estudo trouxe uma análise acerca do controle da pressão arterial e os fatores de risco associados. Traçamos ainda o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo. Verificou-se que existe forte associação entre os fatores de risco abordados e a falta de controle da pressão arterial de idosos hipertensos, principalmente no que diz respeito à idade avançada, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade e sobrepeso, segundo valores de IMC.

Ao revisitar esse contexto, a enfermagem emerge como a profissão que lida de forma direta e consistente com a população idosa na atenção primária, sobretudo no modelo de Estratégia Saúde da Família, adotado nacionalmente. Realizar um levantamento do perfil sociodemográfico e clínico dos idosos é uma ferramenta eficaz para a prática assistencial, no que concerne ao acompanhamento e controle da hipertensão arterial e é um diferencial no cuidado ao idoso hipertenso, visto que possibilita planejamento e implementação de ações específicas frente aos fatores de risco, impedindo a evolução da HA a quadros mais graves.

As contribuições deste estudo para o conhecimento sobre a hipertensão arterial na população idosa merecem destaque, apesar do delineamento não possibilitar generalização dos achados. Recomenda-se reorientar o planejamento e as estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos voltadas a idosos hipertensos no âmbito da atenção primária à saúde, que apresenta grande poder de resolutividade como porta de entrada do sistema.

FINANCIAMENTO

Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF) com financiamento do projeto de pesquisa "Abordagem das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde", processo número 193.001.267/2016, coordenado pela Dra. Marina Morato Stival e Universidade de Brasília (UnB), como

instituição executora.

REFERÊNCIAS

1. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 May/Jun;19(3):507-19. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigilante Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017*. Brasília (DF). Ministério da Saúde; 2018 [Internet]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilante_brasil_2017_vigilancia_fatores_risco_1ed_rev.pdf
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. 1st ed. Vol. 1. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. [Internet]. 160 p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
4. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Júnior JB, Reis AAC. Surveillance and monitoring of major chronic diseases in Brazil - National Health Survey, 2013. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2015 Dec;18(Suppl 2):3-16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060002>
5. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al.; Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. 7a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2016 ;107(3Supl.3):1-83. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
6. Andrade AO, Aguiar MIF, Almeida PC, Chaves ES, Araújo NVSS, Freitas Neto JB. Prevalence of arterial hypertension and associated factors in the elderly. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2014 Jul/Sep;27(3):303-11. Available from: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2729/pdf>
7. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde lança estratégia para promoção do envelhecimento saudável. Brasília (DF): Ministério da Saúde ; 2017 [Internet]. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/PDF/2017/novembro/06/06-11-2017-Saude-do-Idoso.pdf>
8. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 1):704-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>
9. Chor D, Pinho Ribeiro AL, Sá Carvalho M, Duncan BB, Andrade Lotufo P, Araújo Nobre A, et al. Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: Results of the ELSA-Brasil study. *PLoS One* [Internet]. 2015;10(6):e0127382. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127382>
10. Menanga A, Edie S, Nkoke C, Boombhi J, Musa AJ, Mfeukeu LK, et al. Factors associated with blood pressure control amongst adults with hypertension in Yaounde, Cameroon: a cross-sectional study. *Cardiovasc Diagn Ther* [Internet]. 2016 Oct;6(5):439-45. Available from: <http://dx.doi.org/10.21037/cdt.2016.04.03>
11. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 Apr;46(2):279-89. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000013>
12. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). *Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016*. 4a ed. São Paulo: ABESO; 2016. 188 p. [Internet]. Available from: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>

13. Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune Neto A, et al.; Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Diabetes, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2017. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2017;109(2Supl.1):1-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v109n2s1/0066-782X-abc-109-02-s1-0001.pdf>
14. Freitas LC, Rodrigues GM, Araújo FC, Falcon EBS, Xavier NF, Lemos ELDC, et al. Profile of hypertensive patients from Family Health Unit of Cidade Nova 8, city of Ananindeua-Pará, Brazil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2012 Jan/Mar;7(22):13-9. Available from: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf7\(22\)288](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf7(22)288)
15. Moroz MB, Kluthcovsky ACGC, Schafranski MD. Blood pressure control in hypertensive elderly women attended in a Family Health Unit and associated factors. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 Jan/Mar;24(1):111-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000100111
16. Wong ND, Patao C, Wong K, Malik S, Franklin SS, Iloeje U. Trends in control of cardiovascular risk factors among US adults with type 2 diabetes from 1999 to 2010: Comparison by prevalent cardiovascular disease status. *Diab Vasc Dis Res* [Internet]. 2014 Nov;10(6):505-13. Available from: <https://doi.org/10.1177/1479164113496828>
17. Duclos M, Dejager S, Postel-Vinay N, di Nicola S, Quéré S, Fiquet B. Physical activity in patients with type 2 diabetes and hypertension - insights into motivations and barriers from the MOBILE study. *Vasc Health Risk Manag* [Internet]. 2015 Jun;11:361-71. Available from: <https://doi.org/10.2147/VHRM.S84832>
18. Gato WE, Acquah S, Nsiah P, Opoku ST, Apenteng BA, Johnson BK. Blood pressure control, glycemic control, and dyslipidemia among healthy adults in the Cape Coast metropolis, Ghana. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev* [Internet]. 2019 Jan/Feb;13(1):56-61. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2018.08.020>
19. Esperandio EM, Espinosa MM, Martins MSA, Guimarães LV, Lopes MAL, Scala LCN. Prevalence and factors associated with hypertension in the elderly from municipalities in the Legal Amazon region, MT, Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2013 Jul/Sep;16(2):481-93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000300007>
20. Almeida TSO, Fook SML, Mariz SR. Associação entre etilismo e subsequente Hipertensão Arterial Sistêmica: uma revisão sistemática. *Rev Saúde Ciênc OnLine* [Internet]. 2016;5(1):76-90. Available from: <http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeeiciencia/index.php/RSC-UFCEG/article/view/328/229>
21. Rosendo I, Santiago LM, Marques M. Characteristics Associated with Uncontrolled Blood Pressure Among Portuguese Primary Care Patients with Type 2 Diabetes. *Acta Med Port* [Internet]. 2017 Mar;30(3):197-204. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28550829>
22. Rückert IM, Maier W, Mielck A, Schipf S, Völzke H, Kluttig A, et al. Personal attributes that influence the adequate management of hypertension and dyslipidemia in patients with type 2 diabetes. Results from the DIAB-CORE Cooperation. *Cardiovasc Diabetol* [Internet]. 2012 Oct;11:120. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23035799>
23. Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJF, Lyra Junior DP. Association between the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and Blood Pressure Control. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2012 Jul;99(1):649-58. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000053>
24. Mahmoudian A, Zamani A, Tavakoli N, Farajzadegan Z, Fathollahi-Dehkordi F. Medication adherence in patients with hypertension: Does satisfaction with doctor-patient relationship work? *J Res Med Sci* [Internet]. 2017;22:48. Available from: http://dx.doi.org/10.4103/jrms.JRMS_205_16
25. Yang Q, Chang A, Ritchey MD, Loustalot F. Antihypertensive Medication Adherence and Risk of Cardiovascular Disease Among Older Adults: A Population-Based Cohort Study. *J Am Heart Assoc* [Internet]. 2017 Jun;6(6):pii:e006056. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28647688>
26. Piette JD, Rosland AM, Silveira MJ, Hayward R, McHorney CA. Medication cost problems among chronically ill adults in the US: did the financial crisis make a bad situation even worse? *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2011 Apr;5:187-94. Available from: <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S17363>
27. Cimmaruta D, Lombardi N, Borghi C, Rosano G, Rossi F, Mugelli A. Polypill, hypertension and medication adherence: The solution strategy? *Int J Cardiol* [Internet]. 2018 Feb;252:181-6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.11.075>
28. Dib MW, Riera R, Ferraz MB. Estimated annual cost of arterial hypertension treatment in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2010;27(2):125-31. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v27n2/125-131/en>
29. Marinho MGS, Cesse EAP, Bezerra AFB, Sousa IMC, Fontbonne A, Carvalho EF. Analysis of health care costs of patients with diabetes mellitus and hypertension in a public health reference unit in Recife - Brazil. *Arq Bras Endocrinol Metabol* [Internet]. 2011 Aug;55(6):406-11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302011000600007>
30. Soto PHT, Raitz GM, Bolsoni LL, Costa CKF, Yamaguchi MU, Massuda EM. Morbidity and hospitalization costs of chronic diseases for the Unified National Health System. *Rev Rene* [Internet]. 2015;16(4):567-75. Available from: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000400014>
31. Ruilope LM, Chagas ACP, Brandão AA, Gómez-Berteroán R, Alcalá JJA, Paris JV, et al. Hypertension in Latin America: Current perspectives on trends and characteristics. *Hipertens Riesgo Vasc* [Internet]. 2017 Jan/Mar;34(1):50-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hipert.2016.11.005>
32. Jardim PCBV, Souza WKS, Lopes RD, Brandão AA, Malachias MVB, Gomes MM, et al. I RBH - First Brazilian Hypertension Registry. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2016 Aug;107(2):93-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004100093
33. Souza CS, Stein AT, Bastos GAN, Pellanda LC. Blood Pressure Control in Hypertensive Patients in the "Hiperdia Program": A Territory-Based Study. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2014;102(6):571-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20140081>
34. Gallan AS, McColl-Kennedy JR, Barakshina T, Figueiredo B, Jefferies JG, Gollnhofer J, et al. Transforming community well-being through patients' lived experiences. *J Bus Res* [Internet]. 2018 Dec. E-pub ahead-of-print. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbusres.2018.12.029>

^a Este artigo é um recorte do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "Fatores de risco associados ao controle da pressão arterial de idosos hipertensos" apresentado em novembro de 2017 ao curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Ceilândia (FCE), Universidade de Brasília (UnB).