

Hipertensão arterial controlada em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família

Controlled hypertension in elderly individuals enrolled in the Family Health Strategy

Hipertensión arterial controlada en los ancianos cadastrados na Estratégia Saúde da Família

Elaine Cristina Tôrres Oliveira¹
Tarciana Nobre de Menezes²
Ricardo Alves de Olinda³

RESUMO: Objetivo: Analisar a prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) controlada e os fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF). **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, feito com 278 idosos (60 anos ou mais de idade) cadastrados na ESF do município de Campina Grande/PB. A subamostra foi constituída de idosos que estavam usando medicamentos anti-hipertensivos. Foram verificadas prevalências de HAS controlada e investigada associação com variáveis demográficas e socioeconômicas, hábitos de vida e morbidade referida por meio de regressão de Poisson. **Resultados:** Verificou-se baixa prevalência de HAS controlada (34,5%; IC95%: 28,9-40,1), e não foi encontrada associação estatisticamente significativa ao nível de 5% com as variáveis independentes investigadas na análise multivariável. **Conclusão:** A HAS controlada apresentou baixa prevalência entre os idosos deste estudo, porém sem fatores associados. A identificação do baixo controle de HAS é importante para direcionar um cuidado específico em saúde, e a investigação de fatores associados contribui para garantir um tratamento efetivo.

Palavras-chave: Saúde do Idoso; Hipertensão; Fatores de Risco; Estudos Transversais.

ABSTRACT: Objective: To analyze the prevalence of controlled hypertension and associated factors among elderly enrolled in the Family Health Strategy (FHS). **Methods:** This is a cross-sectional study, with elderly (60 years or older), enrolled in the FHS program of Campina Grande/PB. The sample consisted of elderly patients taking antihypertensive drugs (278 individuals).

1 Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Núcleo de Ciências Humanas, Sociais e Políticas Públicas. Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: laineoliv@hotmail.com.

2 Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Departamento de Fisioterapia e do Mestrado em Saúde Pública. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: tmenezes@hotmail.com.

3 Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Departamento de Estatística. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: ricardo.estat@yahoo.com.br.

Prevalences of controlled hypertension and investigated association with variables demographic, socioeconomic, lifestyle and self-reported morbidity, were verified by means of Poisson regression.

Results: 278 elderly were included in the present study. There was a low prevalence of controlled hypertension (34.5%, 95% CI: 28.9-40.1); no statistically significant association was found at the 5% level with the independent variables investigated in the multivariable analysis. **Conclusion:** The controlled hypertension presented low prevalence among the elderly of this study, however, without associated factors. The identification of low control hypertension is important for the specific targeting of health care and the investigation of associated factors contributes to the guarantee of effective treatment.

Keywords: Health of the Elderly; Hypertension; Risk Factors; Cross-Sectional Studies.

RESUMEN: Objetivo: Analizar la prevalencia de hipertensión arterial sistémica (HAS) controlada y factores asociados entre ancianos registrados en la Estrategia Salud de la Familia (ESF). **Métodos:** Se trata de un estudio transversal, con ancianos (60 años o más de edad), catastrados en la ESF del municipio de Campina Grande/PB. La sub-muestra fue constituida por ancianos en uso de medicamentos antihipertensivos. Se verificaron prevalencias de HAS controlada e investigada asociación con variables demográficas, socioeconómicas, hábitos de vida y morbilidad referida, por medio de regresión de Poisson. **Resultados:** Se incluyeron 278 ancianos en el presente estudio. Se verificó baja prevalencia de HAS controlada (34,5%, IC95%: 28,9-40,1), no se encontró asociación estadísticamente significativa al nivel del 5% con las variables independientes investigadas en el análisis multivariable. **Conclusión:** La HAS controlada presentó baja prevalencia entre los ancianos de este estudio, sin embargo, sin factores asociados. La identificación del bajo control de HAS es importante para el direccionamiento específico del cuidado en salud y la investigación de factores asociados contribuye a la garantía de tratamiento efectivo.

Palabras clave: Salud del Anciano; Hipertensión; Factores de Riesgo; Estudios Transversales.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica, multifatorial, multicausal e um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares¹. É considerada como um problema de saúde pública a ser enfrentado em todo o mundo, devido à sua elevada prevalência e às consequências socioeconômicas de suas complicações².

Em 2014, a HAS acometia, aproximadamente, 22% dos adultos (≥ 18 anos) em todo o mundo². Previsões indicam que, em 2025, a HAS acometerá 1,56 bilhão de pessoas (29% da população mundial), 75,0% concentradas nos países de baixa e de média rendas³. De acordo com informações da Organização Mundial de Saúde, em 2010, o aumento da pressão arterial causou 9,4 milhões de mortes no mundo, o que representou 7% da carga global de anos perdidos ajustados por incapacidades (*Disability Adjusted Life Years*)¹.

No Brasil, a HAS segue uma tendência mundial, tendo em vista que dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 apontaram uma prevalência da doença referida na população adulta de 21,4%⁴. Na população idosa, esses números tendem a ser mais elevados (>44,0%)⁴, por causa do acúmulo gradual de danos moleculares e celulares ao longo dos anos² e das repercussões orgânicas naturais inerentes ao envelhecimento, que podem ocasionar elevações de pressão arterial (mais rigidez das artérias, mais resistência vascular periférica e um número maior de comorbidades)⁵.

O controle da pressão arterial (níveis pressóricos menores do que 140 x 90 mmHg)⁶ está diretamente ligado à redução da incidência de agravos à saúde decorrentes da HAS⁷. Resultados encontrados em metanálise de estudos randomizados sobre a redução da pressão arterial apontaram que a redução dos níveis pressóricos e, conseqüentemente, o controle da HAS, está associado à diminuição da ocorrência de desfechos cardiovasculares, como acidente vascular encefálico e morte cardiovascular, independentemente dos medicamentos utilizados⁷.

Apesar das evidências de que a diminuição dos níveis pressóricos reduz a ocorrência de complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais¹, estudo de revisão constatou que apenas um quarto dos hipertensos apresenta pressão arterial controlada⁸. Quando se analisa o controle dos níveis pressóricos em indivíduos que são tratados e acompanhados pela Estratégia Saúde da Família (ESF), observa-se que o percentual de controle da pressão arterial entre os hipertensos tratados apresenta-se acima de 50%^{9,10}. No entanto, esse resultado ainda gera preocupação, porquanto existem indivíduos em risco de ter complicações advindas da pressão arterial não controlada. O fato de haver indivíduos cuja pressão arterial não é controlada, apesar do tratamento medicamentoso é preocupante e revela a problemática a ser enfrentada pelos serviços de saúde para combater os agravos ocasionados pelos níveis pressóricos alterados.

Assim, devido à necessidade de reduzir a morbimortalidade ocasionada pela HAS, que está diretamente ligada ao controle da pressão arterial, este estudo se propôs a analisar a prevalência de HAS controlada e os fatores associados entre idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Campina Grande - Paraíba.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, que faz parte de um estudo maior, intitulado 'Avaliação multidimensional da saúde de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família e grau de satisfação acerca dos serviços oferecidos', cuja população-alvo foi constituída de indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, não institucionalizados, cadastrados na Estratégia Saúde da Família do município. Foram excluídos do estudo os idosos que apresentavam debilidade clínica grave, sem possibilidades terapêuticas, ou seja, em fase terminal e os que estavam ausentes do município durante o tempo em que se procedeu à pesquisa de campo na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família em que eram cadastrados.

De 2009 a 2010, quando os dados foram coletados, existiam 23.416 idosos cadastrados nas 63 equipes de saúde da família dos seis distritos sanitários da cidade. Para calcular a amostra do estudo maior, foi utilizada uma estimativa de prevalência dos desfechos de, no mínimo, 25% (estudo populacional realizado com idosos em Fortaleza – CE – Menezes TN, dados não publicados), com limite de confiança de 95% e a probabilidade de um erro de 6%. Como a amostra foi obtida por conglomerados, fez-se uma correção amostral (2,1), que resultou em uma amostra de 420 idosos, proporcional a cada Distrito Sanitário. Para este estudo, só foram considerados os idosos que estavam usando medicamento hipotensor - 278.

Para selecionar os idosos, foi sorteada, em cada Distrito Sanitário, uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), em cada uma das quais foi realizado o levantamento do total de idosos cadastrados que, posteriormente, foram sorteados de forma aleatória. A proporção de idosos sorteados em cada UBSF foi calculada em relação ao total dos que estavam cadastrados. Então, considerando essa proporção, ficou definido o número de idosos a serem entrevistados por UBSF. Nas seis UBSF sorteadas, foram entrevistadas as seguintes proporções (números) de idosos: 9,6% (40), 11,4% (48), 14,5% (61), 8,6% (36), 43,3% (182) e 12,6% (53), que totalizaram 420.

Em cada UBSF, procedeu-se ao sorteio sistemático de idosos e foi elaborada uma lista com os nomes de todos os idosos cadastrados. O pulo definido entre um idoso e o próximo da lista foi definido a partir da razão entre o número total de idosos cadastrados e o dos que seriam entrevistados naquela UBSF, o que resultou no número cinco. Como o cálculo foi proporcional, o número de saltos na lista foi o mesmo em todas as UBSF. Dessa forma, a cada idoso selecionado, saltaram-se quatro da lista. O 5º foi o selecionado, e assim sucessivamente, a fim de se garantir que toda a lista fosse percorrida.

Os dados foram coletados nos domicílios dos idosos, por três duplas de entrevistadores alunos de cursos de graduação da área da saúde, que foram treinados pela professora coordenadora deste estudo. Para registrar as informações, foi utilizado um formulário específico estruturado em forma de entrevista face a face.

A variável dependente utilizada neste estudo e considerada para fins de análise e de verificação das possíveis associações foi ‘hipertensão arterial sistêmica controlada’, que foi identificada em idosos que estavam usando medicamentos anti-hipertensivos. Esses idosos foram escolhidos com o objetivo de investigar o controle da doença via medicação. Idosos em tratamento e com a pressão arterial sistólica <140 mmHg e a diastólica < 90 mmHg foram classificados com HAS controlada⁶. Para obter essa informação, a pressão arterial foi aferida com esfigmomanômetro de mercúrio e estetoscópio clínico (BD®, Curitiba/PR, Brasil). Quando necessário, as aferições foram realizadas 30 minutos depois de o idoso ter fumado, tomado café ou se alimentado. Foram realizadas três aferições, com intervalo de dois minutos. Para a análise, foi utilizado o valor médio das três aferições.

As variáveis independentes empregadas para se estudarem as possíveis associações foram:

- Demográficas e socioeconômicas: sexo (feminino, masculino), grupo etário (60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos ou mais), cor da pele (branca, não branca, incluindo parda, preta, indígena, amarela), anos de estudo (analfabeto, um a quatro anos, cinco a oito e nove anos ou mais), estado civil (solteiro, casado, viúvo, separado) e número de residentes por domicílio (sozinho, dois, três a cinco, seis ou mais). O nível socioeconômico dos indivíduos foi verificado por meio do Critério de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Anunciantes, da Associação Nacional das Empresas de Pesquisa de Mercado e da Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABA/ANEP/ABIPEME), com dados como grau de instrução e itens de posse da família. Cada dado se refere a um número de pontos e, no final, é gerada uma pontuação, que, na escala de estratificação econômica, corresponde à classe econômica à qual o idoso pertence (A1, A2, B1, B2, C, D, E)¹¹. Para fins estatísticos, a classificação foi redefinida, e as classes econômicas ficaram agrupadas como A/B, C e D/E.

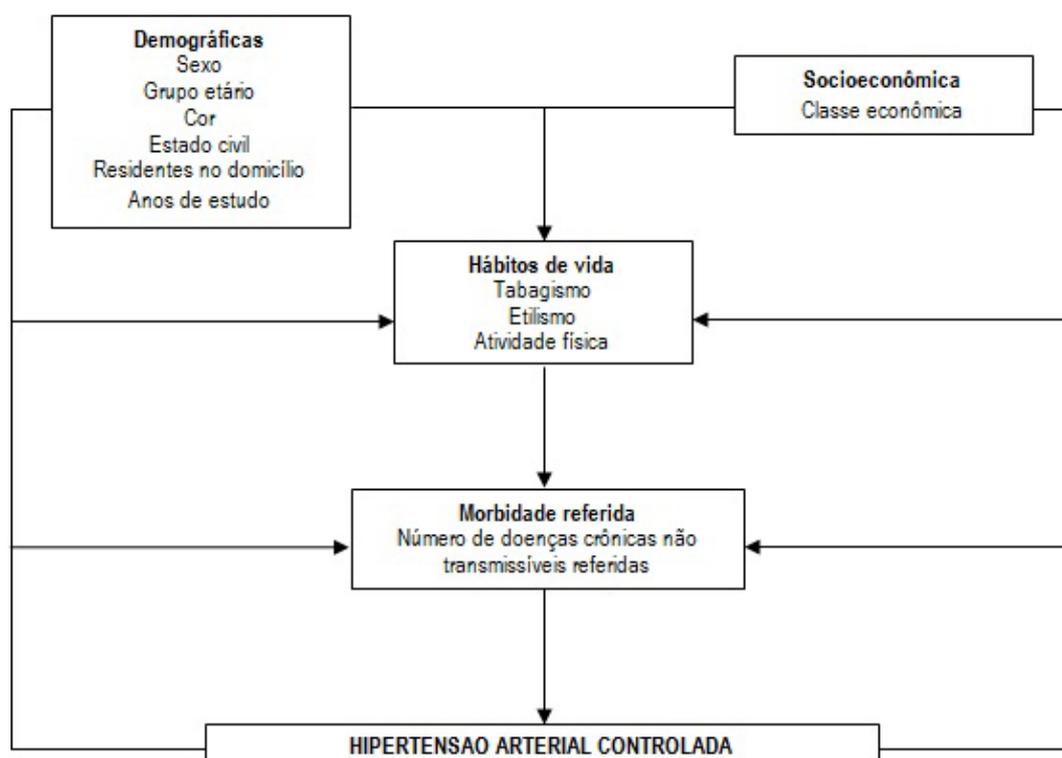
- Hábitos de vida: tabagismo (nunca fumou, fumante atual, ex-fumante), etilismo (nunca, diário, semanal, ocasional ou já consumiu, mas não mais) e prática de atividade física regular (não, sim). Foi considerado o idoso que nunca fumou o que referiu nunca ter feito uso de cigarro; como fumante atual, o que referiu uso de cigarro (independente do tempo e da quantidade de uso); e como ex-fumante, o que disse que usou a substância e que, na época em que o estudo foi desenvolvido, não a utilizava mais¹². Os que disseram que nunca haviam ingerido a substância foram considerados como abstêmios totais. Quanto aos que referiram que consomem bebida alcoólica, foram classificados de acordo com a frequência com que o fazem - diariamente, semanalmente ou ocasionalmente - independentemente do tempo e do volume ingerido¹³. Os que declararam já ter ingerido bebida alcóolica, mas que, no momento da pesquisa, disseram que não consumiam mais foram considerados atualmente como abstinentes. Foi considerado idoso ativo aquele que praticava algum tipo de atividade física pelo menos três vezes por semana, durante, no mínimo, trinta minutos¹⁴. Assim, os idosos foram classificados em dois grupos – os que realizavam atividade física regularmente e os que não o faziam. Consideraram-se como atividades físicas as que são realizadas nos momentos de lazer, como em academias, caminhada, corrida, ciclismo e hidroginástica. Não foram consideradas as atividades domésticas.

- Número de morbidades referidas: diz respeito ao número de doenças crônicas não transmissíveis que os participantes da pesquisa mencionaram para responder ao seguinte questionamento: *“Um médico ou outro profissional de saúde lhe disse que tem determinada doença?”* As respostas se limitaram a oito doenças crônicas (HAS, artrite/artrose/reumatismo, problema cardíaco, diabetes, osteoporose, doença crônica pulmonar, embolia/derrame e tumor maligno) (nenhuma, 1 a 3, 4 ou mais). Para fins estatísticos, a morbidade referida foi redefinida e agrupada como: de 0 a 3 DCNT e 4 ou mais. Como categoria da variável independente, não foram consideradas as respostas relativas à presença de HAS.

Para elaborar o banco de dados, foi utilizado o aplicativo *Microsoft Office Excel*. A análise e as informações estatísticas foram obtidas com o auxílio do aplicativo estatístico SPSS 22.0 software (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). Foram verificadas, inicialmente, as prevalências de HAS controlada e seus respectivos intervalos de confiança (IC de Wilson, 95%¹⁵) em relação às variáveis independentes e, posteriormente, foi realizada uma análise univariada por meio do Teste de Qui-quadrado de Pearson (χ^2), para observar as possíveis associações entre essas variáveis. Para essas análises, foi utilizado um nível de significância $\alpha = 5\%$ e corrigido o Yates quando necessário.

Para controlar os possíveis fatores de confundimento e por se tratar de um estudo transversal, os dados foram analisados por meio do método de modelos lineares generalizados com modelagem linear de log de Poisson, a fim de se determinar a razão de prevalência (RP) bruta e ajustada e seus respectivos intervalos de confiança para a variável de exposição. Considerando o número de indivíduos avaliados, seria possível identificar uma RP de 1,5, com poder de 80,0%, e manter a proporção de casos expostos em torno de 60,0%.

Utilizou-se o método hierárquico¹⁶ Como modelagem, foi adotado um nível de significância de 5%. Foram criados três modelos ajustados, considerando-se a hierarquia entre as variáveis: o primeiro, com as variáveis distais (demográficas e socioeconômicas); o segundo, com variáveis distais e mesiais (demográficas, socioeconômicas e hábitos de vida); e o terceiro, com todas as variáveis anteriores e a variável proximal (número de morbidade referida) (Figura 1). Em todos os modelos, as variáveis foram incluídas independentemente do p valor. Depois de construir todos os modelos de análises, foram consideradas estatisticamente significativas as variáveis com p valor menor do que 0,05. Para as variáveis que não apresentaram associação estatisticamente significativa em relação ao desfecho, calculou-se o poder estatístico.

Figura 1. Modelo de análise hierarquizado

Todos os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido depois de receber explicações verbais e escritas a respeito do estudo. O estudo maior, do qual este faz parte, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) (protocolo nº. 0228.0.133.000-08).

RESULTADOS

Neste estudo, foram incluídos 278 idosos que estavam usando medicamentos anti-hipertensivos (71,9% mulheres), com idades de 72,2 anos (DP=9,0), quanto dos homens quanto das mulheres. Entre os que estavam em tratamento, 51,1% foram classificados como brancos; 55,0% eram casados; 50,0% residiam com duas a quatro pessoas no domicílio; 45,3% apresentavam de um a quatro anos de escolaridade; 45,3% eram de nível socioeconômico A/B; 46,0% eram ex-fumantes; 55,7%, totalmente abstêmios; 74,8% não faziam atividade física regularmente; e 86,0% apresentavam de 0 a três DNCT (Tabela 1).

O estudo indicou que a prevalência de HAS controlada foi de 34,5% (IC95%: 28,9-40,1) - 37,2%, nos idosos do sexo masculino; 39,8%, no grupo etário com 70 a 79 anos (39,8%); 39,4%, nos indivíduos brancos; 40,0% nos solteiros; 38,9%, nos idosos que residem com cinco pessoas ou mais no domicílio; 38,9%, nos indivíduos com um a quatro anos de escolaridade; 35,0%, nos pertencentes ao nível socioeconômico C; 38,3%, e nos ex-fumantes; 36,8%, em idosos abstêmios totais; 40,0%, nos que realizavam atividade física regularmente; e 38,5%, nos que apresentavam

quatro ou mais DCNT (Tabela 1).

Tabela 1. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica controlada em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas, os hábitos de vida e a morbidade referida - Campina Grande, Paraíba, Brasil (n=278) (continua)

Variáveis	n (%)	HAS controlada	
		n (%)	IC95%
TOTAL	278 (100)	96 (34,5)	
Sexo			
Masculino	78 (28,1)	29 (37,9)	27,3 - 48,3
Feminino	200 (71,9)	67 (33,5)	27,3 - 40,3
Grupo etário			
60 a 69 anos	121 (43,5)	34 (28,1)	20,9 - 36,7
70 a 79 anos	103 (37,1)	41 (39,8)	30,9 - 49,5
80 anos ou mais	54 (19,4)	21 (38,9)	27,0 - 52,2
Cor da pele			
Branca	142 (51,1)	56 (39,4)	31,8 - 47,6
Não branca	136 (48,9)	40 (29,4)	22,4 - 37,5
Estado civil			
Casado	153 (55,0)	56 (36,6)	29,4 - 44,5
Solteiro	15 (5,4)	6 (40,0)	19,8 - 64,2
Viúvo	94 (33,8)	30 (31,9)	23,4 - 41,9
Divorciado	16 (5,8)	4 (25,0)	10,2 - 49,5
Número de residentes no domicílio			
2	71 (26,0)	20 (28,2)	10,0 - 39,5
1	13 (4,6)	4 (30,8)	12,7 - 57,6
3 a 5	139 (50,0)	51 (36,7)	29,1 - 44,9
6 ou mais	54 (19,4)	21 (38,9)	27,0 - 52,2
Escolaridade			
Analfabeto	72 (25,9)	21 (29,2)	19,9 - 40,5
1 a 4 anos de estudo	126 (45,3)	49 (38,9)	30,8 - 47,6
5 a 8 anos de estudo	59 (21,2)	18 (30,5)	20,2 - 43,1
9 anos ou mais de estudo	21 (7,6)	8 (38,1)	20,7 - 59,1
NSE			
A/B	126 (45,3)	43 (34,1)	26,4 - 42,8
C	120 (43,2)	42 (35,0)	27,0 - 43,9
D/E	32 (11,5)	11 (34,4)	20,4 - 51,7
Tabagismo			
Nunca fumou	125 (45,0)	38 (30,4)	23,0 - 38,9
Fumante atual	25 (9,0)	9 (36,0)	20,2 - 55,5
Ex-fumante	128 (46,0)	49 (38,3)	30,3 - 46,9

Tabela 1. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica controlada em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas, os hábitos de vida e a morbidade referida - Campina Grande, Paraíba, Brasil (n=278) (conclusão)

Etilismo	155 (55,7)	57 (36,8)	29,6 – 44,6
Nunca	1 (0,4)	0 (0,0)	0,0 – 79,3
Diário	3 (1,1)	1 (33,3)	6,1 – 79,2
Semanal	34 (12,2)	11 (32,3)	19,1 – 49,2
Ocasional	85 (30,6)	27 (31,8)	22,8 – 42,3
Já consumiu, não mais			
AFR			
Sim	70 (25,2)	28 (40,0)	29,3 – 51,7
Não	208 (74,8)	68 (32,7)	26,7 – 39,3
Número de DCNT			
0 a 3	239(86,0)	81 (34,0)	28,3 – 40,3
4 ou mais	39 (14,0)	15 (38,5)	24,9 – 54,1

HAS: Hipertensão arterial sistêmica; IC: Intervalo de confiança; NSE: Nível socioeconômico; AFR: Atividade física regular; DCNT: Doença crônica não transmissível

Na análise bruta, houve associação estatisticamente significativa entre a HAS controlada e o tabagismo ($p = 0,030$). Verificou-se que os idosos que referiram nunca ter fumado apresentaram prevalência 126,0% maior de HAS controlada (RP=2,26; IC95%:1,14-4,47) quando comparados com os que declararam como ex-fumantes (Tabela 2).

Na análise multivariável, nenhuma variável se apresentou associada ao desfecho de HAS controlada no modelo final (Tabela 2). O cálculo do poder estatístico das variáveis não significantes, mas de relevância epidemiológica, indicou que a falta de associação pode ter ocorrido devido à proporção amostral (tabagismo – poder da amostra = 57,0%; etilismo – poder da amostra = 58,7%; grupo etário – poder da amostra = 53,0%; número de DCNT – poder da amostra = 27,3%; NSE – poder da amostra = 63,0%).

Tabela 2. Modelos bruto e ajustado da associação entre HAS controlada e as variáveis ‘demográficas’, ‘socioeconômicas’, ‘hábitos de vida’ e ‘morbidade referida’ em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família - Campina Grande, Paraíba, Brasil (n=277). (continua)

Variáveis	RP bruto (IC95%)	p valor	Modelo distal	
			RP (IC95%)	P valor
<i>Covariáveis distais</i>				
Sexo				
Masculino	1,23(0,59-2,60)	0,731	1,13(0,70-1,82)	0,669
Feminino	1,0		1,0	
Grupo etário				
60 a 69 anos	0,52(0,23-1,18)	0,054	0,68(0,36-1,25)	0,117
70 a 79 anos	0,99(0,45-2,18)		1,03(0,57-1,84)	
80 anos ou mais	1,0		1,0	
Cor da pele				
Branca	1,70(0,96-2,98)	0,068	1,32(0,86-2,03)	0,169
Não branca	1,0		1,0	
Estado civil				
Casado	1,48 (0,96-2,98)	0,338	1,35 (0,46-3,93)	0,431
Solteiro	1,38 (0,25-7,62)		1,43 (0,38-5,42)	
Viuvo	1,24 (0,32-4,90)		1,24 (0,41-3,74)	
Divorciado	1,0		1,0	
Residentes no domicílio				
2	0,54(0,23-1,24)	0,152	0,64(0,33-1,24)	0,260
1	0,81(0,18-3,60)		0,81(0,25-2,60)	
3 a 5	0,79(0,38-1,64)		0,79(0,46-1,38)	
6 ou mais	1,0		1,0	
Escolaridade				
Analfabeto	0,43(0,12-1,54)	0,119	0,64(0,25-1,68)	0,339
1 a 4 anos de estudo	0,94(0,31-2,89)		0,91(0,39-2,09)	
5 a 8 anos de estudo	0,88(0,28-2,79)		0,81(0,34-1,94)	
9 anos ou mais de estudo	1,0		1,0	
NSE				
A/B	0,70(0,27-1,84)	0,277	0,79(0,38-1,65)	0,492
C	0,76(0,31-1,84)		0,87(0,44-1,73)	
D/E	1,0		1,0	
<i>Covariáveis mesiais</i>				
Tabagismo				
Nunca fumou	2,26(1,14-4,47)	0,030		
Fumante atual	2,55(0,88-7,37)		1,0	
Ex-fumante	1,0		1,0	
Etilismo				
Nunca	1,71(0,81-3,58)	0,147		
Diário	0,00(0,00-)		0,59(0,04-8,86)	
Semanal	0,59(0,04-8,86)		0,94(0,37-2,39)	
Ocasional	0,94(0,37-2,39)		1,0	
Já consumiu, não mais.	1,0		1,0	
AFR				
Sim	1,53(0,83-2,85)	0,178		
Não	1,0		1,0	
<i>Covariável proximal</i>				
Número de DCNT				
0 a 3	0,86(0,40-1,87)	0,700		
4 ou mais	1,0		1,0	

Tabela 2. Modelos bruto e ajustado da associação entre a hipertensão arterial sistêmica controlada e as variáveis ‘demográficas’ e ‘socioeconômicas’, ‘hábitos de vida’ e ‘morbidade referida’ em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família - Campina Grande, Paraíba, Brasil (n=277) (conclusão)

Modelo mesial		Modelo final	
RP (IC95%)	P valor	RP (IC95%)	p valor
1,11(0,63-1,97) 1,0	0,808	1,13(0,63-2,01) 1,0	0,780
0,68(0,36-1,26) 1,00(0,55-1,82) 1,0	0,125	0,68(0,36-1,27) 1,01(0,55-1,84) 1,0	0,122
1,37(0,89-2,13) 1,0	0,150	1,36(0,88-2,11) 1,0	0,161
1,29(0,44-3,82) 1,20(0,31-4,70) 1,15(0,38-3,48) 1,0	0,420	1,32(0,45-3,92) 1,22(0,31-4,80) 1,20(0,39-3,67) 1,0	0,427
0,68(0,35-1,31) 0,89(0,27-2,88) 0,86(0,49-1,50) 1,0	0,262	0,68(0,35-1,31) 0,888(0,27-2,85) 0,86(0,49-1,51) 1,0	0,260
0,60(0,23-1,61) 0,97(0,41-2,28) 0,93(0,38-2,27) 1,0	0,220	0,61(0,23-1,62) 0,98(0,41-2,31) 0,95(0,39-2,33) 1,0	0,215
0,80(0,37-1,71) 0,84(0,42-1,68) 1,0	0,388	0,79(0,37-1,69) 0,84(0,42-1,67) 1,0	0,370
1,66(0,999-2,81) 1,78(0,79-4,00) 1,0	0,078	1,65(0,98-2,79) 1,77(0,79-3,97) 1,0	0,085
1,40(0,78-2,49) 0,00(0,00-0,00) 0,74(0,90-6,01) 0,97(0,47-2,02) 1,0	0,236	1,41(0,79-2,51) 0,00(0,00-0,00) 0,73(0,90-5,94) 0,98(0,47-2,04) 1,0	0,231
1,30(0,81-2,08) 1,0	0,290	1,31(0,82-2,11) 1,0	0,278
		0,89(0,49-1,61) 1,0	0,726

RP: Razão de prevalência; IC: Intervalo de confiança; NSE: Nível socioeconômico; AFR: Atividade física regular; DCNT: Doença crônica não transmissível

DISCUSSÃO

Ao procurar saber qual a situação de saúde dos idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família quanto ao controle da HAS, constatou-se que poucos idosos apresentaram níveis pressóricos dentro dos limites da normalidade, ainda que estivessem passando por tratamento. Esses achados corroboram os de outros estudos que identificaram baixas prevalências de controle da HAS tanto

no Brasil¹⁷⁻¹⁹ quanto em outros países^{20,21}.

Estudo populacional realizado no Brasil¹⁸ identificou prevalência extremamente baixa de indivíduos com HAS controlada (10,1%), mesmo estando se tratando da doença. Em pesquisa realizada com indivíduos cadastrados pela ESF, o controle dos níveis pressóricos também se apresentou baixo (32,3%), mesmo com tratamento medicamentoso¹⁹. Essa situação é preocupante, tendo em vista as complicações cardiovasculares, cerebrovasculares, renais e cardíacas que podem ocorrer no organismo em função da pressão arterial elevada.

Essas baixas prevalências de controle da HAS sinalizam que os profissionais da área de saúde precisam estar atentos aos motivos por que os níveis pressóricos não estão sendo controlados, apesar de os indivíduos estarem se submetendo a tratamento para a doença. Alguns pesquisadores têm tentado explicar as razões por que isso acontece e relacionam o problema a fatores como desconhecimento da doença^{22,23}, não adesão ao tratamento prescrito²² e problemas durante a prestação da assistência de profissionais^{22,23} e/ou do sistema de saúde²². Independentemente das razões, é iminente que sejam bem estabelecidas, para a HAS seja controlada de forma rápida e permanente.

Este estudo procurou saber quais fatores estariam associados ao controle da HAS entre os idosos. De acordo com a análise univariada, a variável ‘tabagismo’ apresentou associação estatisticamente significativa com o controle da HAS, e os idosos não fumantes apresentaram uma maior prevalência de controle da doença quando comparados com ex-fumantes. Esse resultado deixa claro que é importante observar os hábitos de vida durante o cuidado dispensado ao idoso com HAS, tendo em vista que a adoção de estilos de vida saudáveis poderá melhorar a qualidade de vida e interferir positivamente no controle da HAS¹⁷. Depois da análise multivariável, não foi possível identificar variáveis estatisticamente associadas.

Pesquisas cujo objetivo era de verificar os fatores associados ao controle da HAS entre indivíduos que estavam usando medicamento anti-hipertensivo evidenciaram que há uma relação entre a variável ‘sexo’ e o controle da HAS. Esse resultado foi observado por pesquisa realizada em São Paulo-SP com indivíduos acompanhados por unidades de saúde e que verificou que as mulheres controlam a doença (52,6%) bem mais os homens (30,9%)¹⁷. Resultado semelhante foi observado por um estudo realizado na cidade de Novo Hamburgo - RS com indivíduos atendidos por unidades básicas de saúde, que verificou, na análise bruta, que o controle da pressão arterial esteve associado ao sexo feminino²⁴.

Discussões sobre o maior controle da HAS entre as mulheres versam sobre uma percepção mais acurada de sua condição de saúde devido a uma maior procura pelos serviços de saúde em razão de seus atributos e funções reprodutivas e menos disponibilidade de tempo e atividades direcionadas para a saúde do homem quando comparadas com as mulheres. Pesquisa realizada sobre o cuidado em saúde, na visão do homem, revelou que a menor busca do homem por cuidados de saúde, em

parte, está associada à construção sociocultural da masculinidade e ao fato de alguns profissionais de saúde não considerarem as especificidades do gênero²⁵.

Uma possível explicação para que os homens controlem bem mais os níveis pressóricos do que as mulheres é o fato de que seus participantes são assistidos pela Estratégia Saúde da Família, que reorganiza o modelo assistencial de atenção à saúde no Brasil e cujo foco de trabalho, entre outras ações, é a saúde do homem. Por essa razão, a condução do acompanhamento do indivíduo hipertenso pode ter possibilitado o envolvimento dos homens no tratamento da HAS.

Neste estudo, constatou-se que os idosos de cor branca apresentaram maior prevalência de controle da doença em relação aos de cor não branca. Esse resultado corrobora os achados de pesquisa realizada com dados de estudo populacional multiétnico sobre aterosclerose nos Estados Unidos, que verificou menor controle da HAS dos indivíduos de cor não branca em relação aos de cor branca²⁶.

De acordo com dados do *Centers for Disease Control and Prevention*²⁷, o controle da HAS e a cor da pele têm ligação com a presença de diversas características, entre elas, as condições socioeconômicas, o estilo de vida, o ambiente social e o acesso a serviços de saúde. Sabe-se que, devido às desigualdades sociais existentes no país, é possível que os indivíduos não brancos desta pesquisa tenham dificuldades de acesso aos serviços de saúde e ao tratamento contínuo para controlar efetivamente a HAS.

Nesta pesquisa, os idosos com menos de cinco anos de estudo apresentaram maior prevalência de HAS controlada quando comparados com os de nível maior de escolaridade. Esse resultado difere dos achados encontrados por uma pesquisa realizada por Jaddou *et al.*²⁰, que verificaram maior prevalência de controle da HAS (52,0%) em indivíduos com mais anos de escolaridade em relação aos com menos escolaridade.

A maior prevalência de controle da HAS entre idosos com menor nível de escolaridade deste estudo pode estar associada à inclusão da Estratégia de Saúde da Família em regiões de maior vulnerabilidade social. A possibilidade de se acessar com mais facilidade os serviços de saúde assim como as ações de saúde e a prevenção de doenças contribuem para que os indivíduos percebam seu estado de saúde e procurem se cuidar mais. Contudo, como os níveis de controle pressóricos ainda são pouco representativos, é importante reconhecer as dificuldades relacionadas à adesão ao tratamento e considerar essa dificuldade durante o planejamento de saúde.

Estar ciente de que à medida que o indivíduo envelhece o organismo vai apresentando uma fragilidade fisiológica que dificulta manter as funções orgânicas é fundamental para fazer um planejamento terapêutico que vise ao controle dos níveis pressóricos. Por essa razão, os serviços de saúde, em especial, a Estratégia Saúde da Família, devem acompanhar sistematicamente os idosos com HAS, porquanto as alterações fisiológicas podem influenciar o controle da doença.

Com o acompanhamento sistemático, podem-se identificar as necessidades e as peculiaridades dos sujeitos, o que possibilita uma abordagem mais efetiva sobre o idoso com HAS e sua participação no tratamento. Pesquisa realizada em Joinville-SC, com o objetivo de investigar a prevalência do controle da pressão arterial em hipertensos, verificou como possível causa da baixa taxa de controle dos níveis pressóricos a inércia terapêutica, já que os profissionais da área de saúde não fazem as mudanças terapêuticas adequadas e/ou os indivíduos não aderem à terapêutica²⁸, o que pode estar relacionado ao não acompanhamento sistemático e compartilhado do cuidado.

Apesar de existirem estratégias para enfrentar as DCNT em todo o mundo, como a HAS, por exemplo, a detecção, o tratamento e o controle da doença ainda são inadequados. As dificuldades enfrentadas para prestar os cuidados às pessoas com HAS perpassam todos os níveis de atenção à saúde, mas, com especial atenção, o nível de cuidados primários¹. Por isso é importante instituir mudanças no cuidado em saúde, para que os profissionais possam atuar com eficiência no manejo terapêutico, simplificar os esquemas medicamentosos, na perspectiva de estimular os sujeitos a participarem desse processo e de empoderá-los²⁹.

Dentre as limitações observadas neste estudo, pode-se considerar que a utilização de uma subamostra do estudo original compromete a validade externa dos achados, devido à não utilização de uma prevalência do desfecho específica para a HAS controlada e à utilização para análise de apenas idosos sob uso de medicamento hipotensor, condições que influenciaram o tamanho amostral do estudo e o seu poder estatístico.

Neste estudo, também se constatou uma baixa prevalência de controle da HAS entre idosos, situação preocupante devido aos riscos de complicações e de agravos decorrentes da falta de controle dos níveis pressóricos. Não foram identificados fatores associados ao baixo controle da pressão arterial entre os idosos depois da análise multivariada. Esse achado difere esta pesquisa de outras realizadas com essa temática, o que remete à necessidade de outros estudos que busquem as razões que dificultam o controle da HAS entre os que estão em tratamento e com amostras maiores para poder identificar associações.

É sobremaneira importante identificar os indivíduos que, embora estejam passando por tratamento da HAS, seus níveis pressóricos não são controlados. Isso se justifica porque a assistência à saúde do idoso com DCNT baseada no acesso ao tratamento medicamentoso não é suficiente para protegê-los de possíveis complicações. Essas informações são imprescindíveis para o planejamento da atenção à saúde desses indivíduos, pois direcionam o cuidado específico em saúde e garantem que grupos mais vulneráveis sejam orientados sobre os fatores envolvidos no controle da doença e na prevenção de seus agravos.

A Estratégia Saúde da Família contempla ações prioritárias e estratégicas relacionadas à saúde do idoso que precisam ser efetivamente implementadas para tratar e controlar a HAS. Essas ações devem considerar os fatores de risco inerentes ao indivíduo e que não são passíveis de modificação.

Porém devem abordar as características modificáveis do indivíduo, que são fatores de risco para o surgimento de diversas comorbidades.

Há que se ressaltar que planejar o cuidado em saúde requer muito mais do que prescrever medicamentos, para que a HAS seja controlada. É preciso proporcionar uma educação em saúde que considere as especificidades regionais e locais, que vise controlar os fatores de risco da doença (sobrepeso/obesidade, consumo excessivo de sal e de gordura, inatividade física, tabagismo e etilismo) e que possibilite o trabalho conjunto de todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization, 2014.
2. World Health Organization. A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis. Geneva: World Health Organization, 2013.
3. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365:217-23.
4. Andrade SSA, Stopa SR, Brito AS, Chueri PS, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2015; 24(2): 297-304.
5. Paulucci TD Velasquez-Mendelez G, Bernal RIT, Lana FF, Malta DC. Análise do cuidado dispensado a portadores de hipertensão arterial em Belo Horizonte, segundo inquérito telefônico. *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17(supl. 1):227-40.
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(3): 1-104.
7. Zanchetti A, Thomopoulos C, Parati G. Randomized controlled trials of blood pressure lowering in hypertension. *Circulation Research* 2015; 116(6): 1058-1073.
8. Picon RV, Fuchs FD, Moreira LB, Riegel G, Fuchs SC. Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with meta-analysis. *PLoS OnE* 2012; 7(10):1-10.
9. Moroz MB, Kluthcovsky ACGC, Schafranski MD. Controle da pressão arterial em idosos hipertensas em uma Unidade de Saúde da Família e fatores associados. *Cad Saúde Colet* 2016; 24(1): 111-117.
10. Melo JD, Trevisol DJ, Fernandes NB, Pereira MR. Hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na Estratégia Saúde da Família em Imbituba/SC. *Revista da AMRIGS* 2016;

11. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo. 1999.
12. Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Almeida Filho N, Estela A, Oliveira MMC. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) – Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87(6): 747-756.
13. Souza ARA, Costa A, Nakamura D, Mocheti LN, Stevanato Filho PR, Ovando LA. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(4): 441-446.
14. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995; 273:402-7.
15. Boomsma, A. Confidence Intervals for a Binomial Proportion. Department of Statistics & Measurement Theory - University of Groningen, 2005.
16. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26:224-227.
17. Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Benseñor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Cien Saúde Colet* 2011; 16(Supl. 1):1389-1400.
18. Pereira MR, Coutinho MSSA, Freitas PF, D’Orsi E, Bernardi A, Hass R. Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(10):2363-2374.
19. Minelli C, Borin LA, Trovo MC, Reis GC. Hypertension prevalence, awareness and blood pressure control in Matao, Brazil: a pilot study in partnership with the brazilian Family Health Strategy Program. *J Clin Med Res.* 2016; 8(7): 524-530.
20. Jaddou HY, Batieha AM, Khader YS, Kanaan AH, El-Khateeb MS, Ajlouni KM. Hypertension prevalence, awareness, treatment and control and associated factors: results from a National Survey, Jordan. *Int J Hypertens* 2011; 1-8.
21. Hammami S, Mehri S, Hajem S, Koubaa N, Frih MA, Kammoun S, et al. Awareness, treatment and control of hypertension among the elderly living in their home in Tunisia. *BMC Cardiovascular Disorders* 2011; 11(65):1-7.

22. Figueiredo NN, Asakura L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos*. *Acta Paul Enferm* 2010; 23(6):782-787.
23. Mendes TAB, Goldbaum M, Segri NJ, Barros MBA, César CLG, Carandina L. Factors associated with the prevalence of hypertension and control practices among elderly residents of São Paulo city, Brazil. *Cad Saude Publica* 2013; 29(11):2275-2286.
24. Souza CS, Stein AT, Bastos GAN, Pellanda LC. Controle da pressão arterial em hipertensos do Programa Hiperdia: Estudo de Base Territorial. *Arq Bras Cardiol* 2014; 102(6): 571-578.
25. Coelho JS, Giacomini KC, Firmo JOA. O cuidado em saúde na velhice: a visão do homem. *Saúde Soc* 2016; 25(2): 408-421.
26. Kramer H, Han C, Post W, Goff D, Diez-Roux A, Cooper R, et al. Racial/ethnic differences in hypertension and hypertension treatment and control in the multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA). *Am J Hypertens*. 2004;17:963-70.
27. U.S. Department of Health & Human Services. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Racial/ethnic disparities in prevalence, treatment, and control of hypertension: United States, 1999-2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2005;54:7-9.
28. Hoepfner C, Franco SC. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(2): 223-229.
29. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2013; 31(7):1281-357.

Artigo submetido em julho de 2017
Artigo aprovado em agosto de 2018
Artigo publicado em agosto de 2021