

IDOSOS HIPERTENSOS E ATENDIMENTO EM REDE PÚBLICA DE SAÚDE, KALORÉ, PARANÁ, 2008

Janete Lane Amadei*

Karla Jucoski da Silva**

RESUMO: O aumento da população idosa está provocando inversão nas características epidemiológicas devido à maior incidência de doenças crônico-degenerativas. Entre estas patologias, a hipertensão arterial é responsável por grande morbidade e mortalidade dessa população. Com objetivo de caracterizar a incidência de população idosa hipertensa e o atendimento prestado na rede básica de saúde em município com alta incidência de idosos, foi realizado estudo descritivo com dados obtidos em fichas do Cadastro de Famílias para seleção dos idosos que foram abordados nas residências. Obteve-se que, no município, 59,40% dos idosos são hipertensos, 57,40% sexo feminino; em tratamento para hipertensão (99,30%) em terapia combinada (73,70%). Hábitos de vida observados: controle na alimentação (91,70%), não-consumo de bebidas alcoólicas (89,90%), não tabagismo (87,50%) e prática de exercícios físicos (30,60%). Conclui-se que o município oferece bom suporte para a saúde dos idosos: atendimento com prescrição de medicamentos, fornecimento de medicamentos, orientação sobre hábitos de vida saudável para diminuir os complicantes da patologia; boa cobertura quanto à distribuição de medicamentos anti-hipertensivos favorecendo as terapias prescritas e incentivando a adesão ao tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos; hipertensão; saúde pública; medicamentos.

HYPERTENSIVE ELDERLY AND PUBLIC HEALTH CARE SERVICES, KALORÉ, PARANA, 2008

ABSTRACT: The elderly population is causing reversal of the epidemiological characteristics due to the higher incidence of chronic degenerative diseases. Among these diseases, hypertension is responsible for high morbidity and mortality in this population. Aiming to characterize the incidence of hypertensive elderly population and the care provided in basic health services in municipalities with high elderly incidence, a descriptive study was conducted using obtained data from the Families Register records for the elderly selection that were approached at home. It was found that the city, 59.40% of the subjects had hypertension, 57.40% female, undergoing hypertension treatment (99.30%) on combination therapy (73.70%). Habits of life note: the diet control (91.70%), no consumption of alcoholic beverages (89.90%), not smoking (87.50%) and physical exercise (30.60%). It is concluded that the city offers good support for the elderly health: treatment with drugs prescription, medicine supplies, advice on healthy lifestyle habits to reduce the complicating pathology, good coverage and distribution of antiretroviral drugs by encouraging prescribed therapy and encouraging adherence to treatment.

KEYWORDS: Elderly; Hypertension; Public Health; Medicines.

* Docente do Curso de Farmácia do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR. E-mail: janete@cesumar.br

**Farmacêutica graduada pelo Centro Universitário de Maringá – CESUMAR. E-mail: karla_jucoski@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a característica da população mundial está em processo de inversão ocasionada pelo aumento da população idosa. Com projeções para 2025 de aproximadamente 34 milhões desses indivíduos.

Paralelo a esse crescimento surge a necessidade de uma assistência mais adequada, com ênfase em uma melhor qualidade de vida e na tentativa de contribuir para um envelhecimento promissor.

Com esse envelhecimento populacional, tem-se um aumento da prevalência de doenças como a hipertensão arterial, que é responsável por grande morbidade e mortalidade dessa população. É uma doença crônica incurável, mas pode ser controlada com a educação à saúde dos portadores de tal agravo.

Este conteúdo aborda questões com ênfase em idosos com diagnóstico de hipertensão arterial atendidos em rede pública de saúde. Os critérios de inclusão foram: estar cadastrado na rede de atenção básica do município, ter diagnóstico de hipertensão e ter mais de 60 anos.

Devido ao município do estudo apresentar alto índice de população idosa, os resultados obtidos serão úteis para nortear projetos de promoção da saúde baseados no fato que a identificação dos idosos hipertensos é componente essencial para o sucesso de programas de saúde pública visando à longevidade com qualidade de vida.

2 ENVELHECIMENTO E SAUDE PÚBLICA

A humanidade passa por uma transformação notável, com profundas implicações para a organização social e para as políticas de saúde pública: o envelhecimento da população. O processo de envelhecimento se concretiza quando a participação da população idosa se torna considerável em relação à população jovem. E engloba muito mais do que mudanças físicas do corpo. Aspectos emocionais, cognitivos e sociais também contribuem para a configuração de uma velhice bem sucedida, normal ou patológica (PELOSO; COSTA, 2006).

O envelhecimento do homem é um processo dinâmico e progressivo, no qual há interações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação ao meio ambiente, ocasionando maiores vulnerabilidade e incidência de processos patológicos, que determinam por levá-lo à morte (ROCHA et al., 2008).

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional foi observado a partir da década de 60. E traz consigo uma mudança

nos padrões de mortalidade de morbidade (MEIRELES et al., 2007). O crescimento da população idosa é consequência da queda da fecundidade e da mortalidade, que torna esse grupo populacional cada vez mais expressivo dentro a população geral (SANTOS et al., 2007).

A transição demográfica está intimamente ligada à transição epidemiológica que, devido a mudanças na estruturação etária, ocorre maior índice das doenças crônico-degenerativas (MEIRELES et al., 2007). E implicam no aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas - não transmissíveis, resultando em pelo menos uma doença crônica nos indivíduos com 60 anos ou mais (SANTOS et al., 2007).

Essas mudanças acarretam demandas crescentes para o indivíduo, a família, a comunidade e os diversos setores da sociedade, especialmente o de seguridade social e o da saúde. Devido a essa realidade, a inadequação das políticas sociais ganha visibilidade, pois a possibilidade de envelhecimento está extremamente relacionada ao acesso a condições dignas de vida e renda, fator determinante da sua qualidade de vida ao envelhecer (MEIRELES et al., 2007).

Com a diminuição da condição de saúde, o idoso procura com mais frequência os serviços de saúde pública, principalmente aqueles vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS exigindo que estejam estruturados e em condições de atender às necessidades individuais e sociais desses indivíduos de forma eficaz (FIEDLER, PEREZ, 2008), com uma assistência mais adequada, com ênfase em qualidade de vida e contribuição para um envelhecimento mais promissor e digno (MEIRELES et al., 2007)

3 ENVELHECIMENTO E HIPERTENSÃO

O envelhecimento populacional é um fator de risco importante no surgimento da hipertensão arterial, em decorrência das alterações anatômicas e fisiológicas decorrentes da idade (TEIXEIRA et al., 2006; LIBERMAN, 2007).

As alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica, sendo essa a principal doença crônica dessa população (MIRANDA et al., 2002). Estima-se que a hipertensão arterial acometa 50% das pessoas com 60 anos ou mais (PERROTTI et al., 2007).

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBN, 2002), considera-se como portador de hipertensão arterial todo indivíduo acima de 18 anos com duas ou mais medidas de pressão diastólica em duas visitas subsequentes igual ou acima de 90 mmHg ou a pressão sistólica maior que 140 mmHg. As medidas

devem ser realizadas duas vezes na mesma consulta, podendo haver repetição a cada 1 - 2 minutos, até que a diferença entre os valores obtidos não apresente variação maior que 5mmHg.

Vários fatores influenciam no aparecimento ou agravamento da hipertensão arterial. São eles: hereditariedade, idade, raça, sexo, obesidade, alimentação, álcool, fumo, estresse emocional (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002). A evolução clínica é lenta, possui múltiplos fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações temporárias ou permanentes (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Em relação à doença em si, podemos afirmar que o grande problema baseia-se principalmente em seu caráter silencioso. Assim, na maioria dos casos o paciente não aparenta ter nenhum sintoma, relutando, por isso, em tomar os medicamentos, os quais o levam a sofrer efeitos colaterais; ou ainda, acompanhado na mudança do estilo de vida causando a não aceitação da terapêutica não medicamentosa (OLIVEIRA; ARAUJO, 2002).

A hipertensão arterial, além de ser um dos principais problemas de saúde no Brasil, eleva o custo médico-social, principalmente pelas complicações que causa com doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e insuficiência crônica (SILVA, T. et al., 2006).

4 TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO EM IDOSOS

Os idosos necessitam de uma terapia medicamentosa associada a mudanças nos estilo de vida para o controle da pressão (MIRANDA et al, 2002).

Apesar das evidências e das recomendações, os idosos representam o grupo etário com pior controle pressórico (PERROTI et al, 2007). A eficácia do tratamento anti-hipertensivo é medida pela diminuição da morbimortalidade decorrente da elevação crônica da pressão arterial, ou seja, o sucesso do tratamento consiste na manutenção dos níveis pressóricos abaixo de 140/90 mmHg (FUCHS; ZEN; MELCHIOR, 2000).

Quando não tratada, a hipertensão arterial pode causar doença coronária, infarto, doença congestiva do coração, doença renal, doença vascular periférica e doenças cerebrais, contribuindo para o aumento da taxa de morbimortalidade do mundo inteiro (MONTEIRO et al., 2007).

O tratamento tem como finalidade prevenir essa morbidade e mortalidade, contribuindo para minimizar os efeitos lentos e progressivos da pressão arterial, para aliviar os sintomas e diminuir as complicações (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002).

A necessidade de tratamento adequado do paciente hipertensivo é um fato médico consumado, pois se sabe que o controle dos

níveis pressóricos é a única medida, por se tratar de uma doença crônica (STAMM et al., 2003).

As evidências são suficientes sobre o benefício do tratamento da hipertensão arterial que pode ser baseado em medidas não farmacológicas e farmacológicas. O tratamento medicamentoso centra-se na utilização de agentes anti-hipertensivos e o não medicamentoso nas mudanças de estilo de vida. A adesão do paciente é de fundamental importância para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002).

Existem casos de hipertensão que podem ser controlados através de medidas não medicamentosas. Essas medidas são conseguidas através de hábitos saudáveis, como evitar o tabagismo, alimentar-se adequadamente, praticar atividades físicas, evitar o consumo excessivo de sal e álcool (SILVA, C. et al., 2006).

O estilo de vida tem um papel crítico na determinação do nível da pressão arterial nos indivíduos e na prevalência de hipertensão na população (CONCEIÇÃO et al, 2006). O estilo de vida é compreendido como um modo de viver que conduz à maneira de ser do sujeito, dos hábitos e suas expressões (TEIXEIRA et al, 2006).

O tratamento não farmacológico deve ser instituído como medida inicial ou associada ao tratamento farmacológico para todos os pacientes hipertensos. Visa promover a redução dos fatores de risco coadjuvantes e promotores de hipertensão, permitindo assim um auxílio no controle pressórico ou até mesmo a suspensão de agentes anti-hipertensivos (ROSA; PLAVINIK; TAVARES, 2006).

O tabagismo tem sido reconhecido como uma doença comportamental e social com alta prevalência que resulta em alta morbidade e mortalidade. Em estudos realizados foi possível registrar o efeito hipertensivo transitório do fumo e a elevação significativa da pressão arterial sistólica em hipertensos fumantes (MAGALHÃES et al., 2003).

A recomendação geral de dieta para controle da hipertensão baseia-se numa dieta rica em frutas, verduras, vegetais, fibras e pobre em sal, gorduras saturadas, colesterol e calorias, além da utilização de produtos derivados do leite com baixo teor de gordura (GRAVINA; GRESPLAN; BORGES, 2007).

O sedentarismo no idoso pode estar relacionado à aposentadoria, menores responsabilidades domésticas e a necessidade de transporte para locomoção em grandes distâncias, onde substituem a atividade física pelo hábito sedentário de viver, sendo assim esses indivíduos tem maior probabilidade para desenvolver a hipertensão e maior dificuldade para controlá-la. (GRAVINA; GRESPLAN; BORGES, 2007).

Indivíduos com um estilo de vida associado a uma atividade física regular têm menor probabilidade de desenvolver doenças crônicas (MILHOMEM, 2006).

Pacientes com hipertensão devem iniciar programas de exercícios físicos regulares. A pressão arterial pode ser reduzida com uma atividade física moderadamente intensa, o que equivale a uma atividade física aeróbica regular de 30 a 60 minutos/dia com frequência de 3 a 6 vezes por semana (MAGALHÃES et al., 2003).

A relação entre a ingestão de bebida alcoólica e a hipertensão está bem estabelecida: O uso excessivo de bebida alcoólica é importante fator de risco para hipertensão arterial e acidente vascular cerebral, podendo causar resistência à terapia anti-hipertensiva (MAGALHÃES et al., 2003).

Entretanto, as mudanças no estilo de vida não são facilmente realizadas, pois exigem mudanças do comportamento habitual adquirido ao longo da vida, disciplina e paciência para obter os resultados (SILVA, T. et al., 2006).

Uma das medidas apontadas como mais eficaz no controle desta patologia é a educação em saúde destes pacientes por favorecer a aderência ao tratamento. Pacientes que não aderem às recomendações no estilo de vida ou não seguem as prescrições, dificilmente apresentarão níveis pressóricos controlados (JARDIM; JARDIM, 2006).

É imprescindível que o sujeito compreenda o processo da doença e participe da mudança do estilo de vida por meio das atividades de educação em saúde (TEIXEIRA et al., 2006).

O tratamento farmacológico da hipertensão arterial é uma das medidas mais custo efetiva. Além da evidência de benefício clínico, a escolha do anti-hipertensivo deve considerar diversos fatores, comorbidades do paciente, o perfil de efeitos adversos, a interação medicamentosa, posologia, outros problemas do idoso e até mesmo o preço do fármaco no mercado (PERROTI et al., 2007).

O tratamento deve ser individualizado e a escolha inicial da droga deve ser baseada no mecanismo fisiopatológico predominante, nas características individuais, nas doenças associadas e nas condições socioeconômicas (ROSA; PLAVINIK, TAVARES, 2006).

A escolha do modelo de prescrição (monoterapia ou terapia combinada) espelha-se sobretudo na necessidade de se obter um esquema farmacológico capaz de baixar os níveis pressóricos, sem trazer prejuízo aos pacientes (STAMM et al., 2003).

Os empregos de associações de drogas para o tratamento da hipertensão arterial vêm tornando-se cada vez mais frequente. A justificativa de adoção desta postura está baseada em melhor eficácia anti-hipertensiva, redução na incidência de efeitos colaterais e melhor adesão ao tratamento (OIGMAN, 2003).

5 OBJETIVO DA PESQUISA

Caracterizar incidência de população idosa hipertensa e o atendimento prestado na rede básica de saúde em município com alta incidência de idosos.

5.1 MÉTODO

Para caracterização do sujeito foi utilizada a classificação da Organização Mundial da Saúde de 1963, que caracteriza como idoso os indivíduos acima de 60 anos.

Segundo o Censo do IBGE¹, em 2007 o município de Kaloré, no Estado do Paraná, possui população total de 4.664 habitantes, e dentre esses 784 são idosos, correspondendo a 16,8% da população, o que evidencia um valor acima da média nacional, sendo assim os resultados levantados poderão subsidiar ações de melhorias na gestão do cuidado a essa clientela.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá (CESUMAR) - Parecer nº 193/2008, CAAE – 0282.0.299.000-08.

A população atendida na rede pública de saúde de Kaloré – Paraná constituiu-se de 803 (oitocentos e três) hipertensos dos quais 477 (quatrocentos e setenta e sete) apresentavam idade acima de 60 anos. Destes, foram entrevistados 144 (cento e quarenta e quatro) indivíduos que concordaram participar da pesquisa.

O levantamento dos idosos hipertensos foi realizado em fichas de Cadastro da Família preenchidas por agentes de saúde do Programa de Saúde da Família de Kaloré – Paraná.

As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos idosos mediante concordância dos sujeitos e a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido; foi procedida utilizando instrumento contendo questões abertas e fechadas abordando controle de pressão arterial, uso de medicamentos, hábitos de vida. Para avaliar o nível pressórico dos idosos foi realizada a aferição da pressão arterial concomitante à entrevista.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 803 indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial atendidos na unidade básica de saúde e, dentre esses, 477 eram pacientes com idade acima de 60 anos apresentando o índice de 59,40%.

Os resultados apresentados são referentes às respostas dos 144 idosos que concordaram em participar da pesquisa.

¹ Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem.pdf>

Os dados comprovam que o índice da população idosa do município é alto (16,80%) se comparado com índices nacionais (8,60%). Destes idosos, a incidência de hipertensão é alta exigindo atenção dos serviços de saúde.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos idosos de acordo com sexo e faixa etária. Esta caracterização está de acordo com a literatura que evidencia a feminização da população idosa. Segundo a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA², o número de mulheres idosas em relação aos homens idosos já constitui um contingente expressivamente maior. Isto se deve ao fato que, no Brasil, desde 1950, as mulheres têm maior esperança de vida ao nascer, e esta diferença está ao redor de sete anos e meio.

Os resultados apresentados na tabela 1 indicam que 477 idosos apresentavam diagnóstico de hipertensão arterial representando a incidência de 59,40% na população idosa. Na distribuição por sexo obteve-se que, 274 (57,4%) eram mulheres e 203 (42,6%) eram homens. Resultados condizentes com a literatura, na qual é justificado o fato de mulheres apresentarem maior prevalência de hipertensão a partir dos 60 anos (PIMENTA et al, 2007).

Tabela 1. Distribuição dos idosos hipertensos atendidos na unidade básica de saúde segundo faixa etária e sexo.

Idade	60 a 69 anos		70 a 79 anos		80 anos ou mais		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	102	52,30	124	81,40	48	60,00	274	57,40
Masculino	93	47,70	78	38,60	32	40,00	203	42,60
Total	195	100,00	202	100,00	80	100,00	477	100,00

A tabela 2 apresenta a incidência de pacientes que estão realizando o tratamento prescrito 99,30%. Dentre os indivíduos, um (0,70%) relatou não estar seguindo o tratamento farmacológico para controle da pressão arterial, pelo fato de consumir bebidas alcoólicas.

Para validar esta afirmativa foram realizadas medidas da pressão arterial no momento da entrevista onde se constatou que os níveis pressóricos estavam controlados em 94,40% dos entrevistados. Com isso, é possível afirmar que a população faz adesão ao tratamento considerando que o uso correto do tratamento é a única maneira de se obter o controle dos níveis pressóricos. Estando de acordo com o trabalho de Jardim e Jardim (2006) onde salienta que pacientes que não aderem às recomendações no estilo de vida e não seguem prescrições medicamentosas dificilmente apresentarão níveis pressóricos controlados.

Sobre o número de medicamentos que os pacientes usam por dia – tabela 3, prevalece o uso combinado de dois medica-

Tabela 2. Incidência de pacientes que estão realizando o tratamento

Tratamento	Pacientes	%
Sim	143	99,30
Não	1	0,70
Total	144	100,00

mentos anti-hipertensivos (58,30%). Caracterizando que o tratamento farmacológico da maioria desses idosos hipertensos é realizado através da combinação de fármacos.

Em estudos anteriores, Schroeter e colaboradores (2007) verificaram que o tratamento com dois medicamentos foi o regime terapêutico mais utilizado pelos pacientes. Segundo Oigman (2003), a combinação de duas drogas reduz a pressão arterial através de mecanismos diferentes e é reconhecido em aumentar a fração de hipertensos controlados. O ganho na eficácia terapêutica está provavelmente relacionado ao ataque simultâneo de vários mecanismos envolvidos na elevação anormal da pressão arterial.

O uso da terapia combinada é esperada e condizente com os dados levantados em literatura, pois Perrotti e colaboradores (2007) afirmam que a maioria dos pacientes idosos necessitam de dois ou mais fármacos de classes diferentes para o controle adequado da pressão arterial, por se tratar do grupo etário com pior controle pressórico. A terapia combinada, com doses baixas de dois ou mais medicamentos vai reduzir a pressão arterial de forma mais eficaz e com menos efeitos adversos (MIRANDA et al, 2002).

Tabela 3. Tratamento da hipertensão segundo o esquema terapêutico.

Esquema terapêutico	n	%
Monoterapia	38	26,30
Associação de 2 drogas	84	58,30
Associação de 3 drogas	20	13,90
Associação de 4 drogas	2	1,50
Total	144	100,00

A tabela 4 apresenta as classes de anti-hipertensivos utilizadas pelos pacientes idosos que participaram do estudo. Os medicamentos mais prescritos aos pacientes que fazem uso de monoterapia foram os diuréticos 18 (12,50%), inibidores da ECA 13 (9,00%), betabloqueadores 3 (2,00%), bloqueador de cálcio e Inibidores de angiotensina II com 2 prescrições cada (1,50%).

Os diuréticos, classe mais utilizada, está de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde/Sociedade Internacional de Hipertensão, que cita os diuréticos como sendo a classe mais valiosa dos anti-hipertensivos, particularmente para idosos (SCHROETER et al, 2007).

Na análise das combinações de medicamentos – tabela 4, foram encontrados 8 (oito) diferentes combinações de dois medi-

² Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=353>>

Tabela 4. Classes dos medicamentos dos idosos do município.

Terapia Medicamentosa	n	%
Inibidores da ECA + Inibidores da ECA	1	0,70
Bloqueador de cálcio	2	7,00
Bloqueador de cálcio + diurético	10	1,40
Diurético	18	12,50
Estimulador de $\alpha 2$ + diurético	4	2,80
Inibidor da ECA	13	9,00
Inibidor da ECA + bloqueador de cálcio	4	2,80
Inibidor da ECA + bloqueador de cálcio + diurético	7	5,00
Inibidor da ECA + diurético	53	36,80
Inibidor de Angiotensina II	2	1,40
β – bloqueador	3	2,00
β – bloqueador + bloqueador de cálcio	3	2,00
β – bloqueador + diurético	8	5,50
β - bloqueador + diurético+ bloqueador de cálcio	3	2,00
β - bloqueador + inibidor da ECA + bloqueador de cálcio + diurético	2	1,40
β – bloqueador + inibidor da ECA + diurético	10	7,00
β – bloqueadores + β – bloqueador	1	0,70
Total	144	100,00

camentos anti-hipertensivos. A associação mais utilizada desses foi inibidor da ECA + diurético com 53 (36,80%) e bloqueador de cálcio + diurético 10 (7,0%).

Em relação às combinações com três medicamentos, foram verificadas 3 (três) combinações diferentes. A associação de betabloqueador + diurético + inibidor da ECA foi prescrita para 10 (7,0%) sendo a mais utilizada.

As combinações com quatro drogas é usada por 2 (1,50%) dos idosos; e em ambos a associação dos medicamentos era de betabloqueador/ + Inibidor da ECA + bloqueador de cálcio + diurético.

Os medicamentos anti-hipertensivos disponíveis na Unidade Básica de Saúde e fornecidos aos pacientes são: Anlodipino, Atenolol, Captopril, Enalapril, Espirilactona, Furosemida, Hidroclorotiazida, Nifedipina, Propranolol. Da população entrevistada, 97,20% refere receber o medicamento na unidade básica de saúde caracterizando que o fornecimento de medicamentos anti-hipertensivos na rede pública de saúde é satisfatório e colabora para a manutenção da saúde da população idosa do município.

Por ser a hipertensão uma doença com sinais e sintomas obscuros e, muitas vezes, ausentes, a informação da equipe de saúde passa a ser fundamental. Conscientizar o paciente sobre a seriedade da doença e os benefícios do tratamento é prioritário (JARDIM; JARDIM, 2006).

Quando questionados sobre os problemas que o não controle da hipertensão pode acarretar, foi verificado de 35 idosos (24%) não conheciam os problemas que o não controle da hipertensão pode trazer. E, sobre as patologias decorrentes, as complicações mais conhecidas são o derrame e o infarto. Peres, Magna e Viana (2002) relatam que, quanto ao conhecimento dos fatores de risco da hipertensão, os sujeitos têm um conhecimento parcial sobre as consequências da hipertensão arterial.

A tabela 5 apresenta a incidência de relatos sobre os hábitos de vida dos entrevistados. Quanto ao controle da alimentação foi possível observar que, entre os idosos, o principal controle realizado é a redução da quantidade do sal e gordura da alimentação. Cátia Silva (2006) recomenda que uma alimentação adequada (hipocalórica), se baseia na ingestão de verduras, legumes, frutas, carnes magras.

Dentre os idosos, 87,50% relatam não ser fumantes, enquanto que os fumantes correspondem a 12,50%; é importante que esses pacientes tenham consciência dos problemas do uso do tabaco. Segundo Teixeira e colaboradores (2006), além de comprometer a integridade dos vasos sanguíneos, a nicotina encontrada no fumo produz a liberação de catecolaminas, que aumenta a frequência cardíaca, a resistência periférica e consequentemente a pressão arterial, portanto os fumantes tem

mais chances de desenvolverem formas malignas da doença hipertensiva.

Sobre a ingestão de bebidas alcoólicas, 88,90% relatam não fazer uso; e, 11,10% referem fazer uso - mais de uma vez por semana (0,70%), uma vez na semana (2,80%) ou raramente ingere (7,60%).

Ao discutir o uso de bebidas alcoólicas, Magalhães e colaboradores (2003) evidencia que a relação entre a ingestão de bebida alcoólica e a hipertensão está bem estabelecida. O aumento das taxas de álcool no sangue eleva a pressão arterial de modo lento e progressivo, na proporção de 2 mmHg para cada 30 ml de álcool ingerido (TEIXEIRA et al., 2006).

O III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial orienta que, aos pacientes que não conseguem se enquadrar nos limites preconizados de consumo de álcool, sugere-se o abandono do consumo de bebidas alcoólicas. Outro fator que deve ser lembrado é que o consumo de álcool pode levar a uma resistência à terapia anti-hipertensiva (MAGALHÃES et al., 2003). E comprovando essa citação, entre os entrevistados um paciente relatou que devido ao uso de bebida alcoólica abandonou ao tratamento anti-hipertensivo.

Sobre a prática de exercícios físicos, pode-se observar que esse hábito não é praticado pela maioria dos entrevistados (69,40%). Gravinia, Grespan e Borges (2007) afirmam que vários fatores relacionados ao envelhecimento contribuem para o sedentarismo no idoso, tais como diminuição da massa e da força muscular, instabilidade musculoesquelética, medo de queda, ansiedade, depressão, falta de companhia para andar e até mesmo, desconhecimento da importância da atividade física.

O exercício físico tem importante papel como elemento de controle da hipertensão ou como coadjuvante ao tratamento farmacológico (TEIXEIRA et al., 2006), e é considerado uma das principais estratégias, em saúde pública, que contribui para reduzir a morbimortalidade (MONTEIRO et al., 2007).

Tabela 5. Hábitos de vida dos idosos hipertensos

Hábitos de vida	SIM		NÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Controla a alimentação	132	91,7	12	8,30	144	100
Fuma	18	12,5	12,5	87,50	144	100
Toma bebida alcoólica?	16	11,1	128	88,90	144	100
Pratica exercícios físicos	44	30,60	100	69,40	144	100

A tabela 06 caracteriza as atividades físicas praticadas: caminhada (78,00%), dança (11,00%) e caminhada associada à ginástica (11,00%). Gravinia, Grespan e Borges (2007) comen-

tam que a caminhada é um exercício de fácil realização, sem exigência de habilidades especiais ou aprendizado. O percurso e a velocidade podem ser controlados pelo praticante, e não exige investimentos financeiros, sendo então um exercício indicado para esta faixa etária.

Indivíduos, inicialmente inaptos e sedentários, submetidos a um programa regular de atividade física ou aptidão apresentaram subsequente redução de mortalidade, melhoraram as respostas pressóricas promovidas pelo exercício e aumentaram a longevidade (MILHOMEM, 2006).

O III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial preconiza que o exercício físico regular reduz a pressão arterial, além de produzir benefícios adicionais, tais como diminuição do peso corporal e ação coadjuvante no tratamento das dislipidemias, da resistência à insulina, do abandono do tabagismo e do controle do estresse. E que exercícios físicos, tais como caminhada, ciclismo, natação e corrida com duração de 30 a 45 minutos, três a cinco vezes por semana, reduzem a pressão arterial de indivíduos hipertensos. Em contrapartida, exercícios físicos muito intensos têm pouco efeito sobre a pressão arterial de hipertensos.

Tabela 6. Atividades físicas praticadas

Atividades físicas praticadas	n	%
Caminhada	34	78,00
Dança	5	11,00
Caminhada + ginástica	5	11,00
Total	44	100,00

7 CONCLUSÃO

Os dados comprovam que o índice da população idosa do município de Kaloré, Estado do Paraná, é alto se comparado com índices nacionais e que, a incidência de hipertensão nesta população exige atenção dos serviços de saúde.

Os idosos caracterizam-se por ser maioria do sexo feminino; fazem adesão ao tratamento prescrito apresentando hábitos de vida hábitos de vida saudáveis para diminuir os complicantes da patologia e de acordo com os recomendados exceto a prática de exercícios físicos.

O atendimento prestado na atenção básica oferece bom suporte para a saúde através de prescrição e fornecimento dos medicamentos necessários para manter os níveis pressóricos favorecendo as terapias prescritas e incentivando à adesão ao tratamento.

Conclui-se que o acesso aos serviços básicos de saúde e os cuidados individuais e sociais são componentes essenciais em

municípios com altos índices de idosos. Isto permitirá que se tenha condição de atender as necessidades desses indivíduos de forma eficaz obtendo sucesso em programas de saúde pública com ênfase na qualidade de vida.

E que os estudos de base populacional apresentam a vantagem de poderem representar o conjunto total de onde foi retirada a amostra, constituindo-se em fonte importante de informações para planejar, administrar, organizar e avaliar sistemas ou serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- CONCEIÇÃO, Tatiana Valverde da et al. Valores de Pressão Arterial e suas associações com fatores de risco cardiovascular em servidores de Universidade de Brasília. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 86, n. 1, p. 26-31, 2006.
- FIEDLER, Mariarosa Mendes; PERES, Karen Glazer. Capacidade Funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 409-415, fev. 2008.
- FUCHS, Flávio Danni; ZEN, Vanessa Ligochi; MELCHIOR, Raquel. Tratamento anti-hipertensivo na prevenção de acidente vascular encefálico: qual droga? **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 7, n. 4, p. 383-386, 2000.
- GRAVINA, Claudia F.; GRESPLAN, Stela Maris; BORGES, Jairo L. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 14, n. 1, p. 33-36, 2007.
- JARDIM, Paulo César B. Veiga; JARDIM, Thiago de Souza Veiga. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 26-29, 2006.
- LIBERMAN, Alberto. Aspectos epidemiológicos e o impacto clínico da hipertensão no indivíduo idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 14, n. 1, p. 17-20, 2007.
- MAGALHÃES, Maria Eliane Campos et al. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial: vale a pena insistir? **Revista Brasileira de Medicina**, v. 16, n. 1, p. 21-28, jan./mar. 2003.
- MEIRELES, Viviani Camboin et al. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 69-80, jan./abr. 2007.
- MILHOMEM, Fredson Coelho Heymbeeck. Atividade Física para a prevenção e controle da hipertensão arterial em adultos. **Estudos**, Goiânia, v. 33, n. 7/8, p. 589-614, jul./ago. 2006.
- MIRANDA, Roberto Dischinger et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 9, p. 293-300, 2002.
- MONTEIRO, Henrique L. et al. Efetividade de um programa de exercícios no condicionamento físico, perfil metabólico e pressão arterial de pacientes hipertensos. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 13, n. 2, p. 107-112, mar./abr. 2007.
- OIGMAN, Wille. Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 60, n. 7, p. 479-488, jul. 2003.
- OLIVEIRA, Tatiana Cavalcante; ARAÚJO, Telma Leite. Mecanismos desenvolvidos por idosos para enfrentar a hipertensão arterial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 3, p. 276-281, 2002.
- PELOSO, Laura Almeida; COSTA, Sandra Fonseca. Caracterização do processo de envelhecimento da população e o município de São José dos Campos. In: XV ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS - ABEP, 15, 18-22 set. 2006, Caxambú- MG. **Anais Eletrônico...** Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_181.pdf>. Acesso em: 25/07/2008.
- PERES, Denise; MAGNA, Joceli M.; VIANA, Luís Atílio. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2002.
- PERROTTI, Tatiana Cacesse et al. Tratamento farmacológico da hipertensão no idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 14, n. 1, p. 37-41, 2007.
- PIMENTA, Adriano Marçal et al. Associação entre obesidade Central, Triglicerídeos e Hipertensão Arterial em uma Área Rural do Brasil. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v. 90, n. 6, p. 419-425, jun. 2008.

- ROCHA, Cristiane Hoffmeister et al. Adesão a prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 703-710, 2008.
- ROSA, Eduardo Cantoni; PLAVINIK, Liane Frida; TAVARES, Agostinho. Hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 63, n. 1/2, p. 5-17, jan./fev. 2006.
- SANTOS, Maria do Rosário Dias Ribeiro et al. Caracterização nutricional de idosos com hipertensão arterial em Teresina, PI. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 1, p. 73-86, 2007.
- SCHROETER, Guilherme et al. Terapia anti-hipertensiva utilizada por pacientes idosos de Porto Alegre. **Scientia Medica**, Porto Alegre. V.17, n.1, p.14 -19, jan./mar.2007.
- SILVA, Cátia Andrade et al. Hipertensão em uma unidade de saúde do SUS: Orientação para o autocuidado. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.30, n.1, p.179 -188, jan/jun. 2006.
- SILVA, Terezinha Rodrigues et al. Controle de Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial com grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.3, p.180 -189, set-dez. 2006.
- STAMM, Ana Maria Nunes de Faria et al. Manuseio medicamentoso em uma população de hipertensos geriátrica e não geriátrica. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 60(9): 667 – 674, set. 2003.
- TEIXEIRA, Enéas Rangel; SILVA, Juliana da Costa; LAMAS, Alinny Rodrigues; MATOS, Ronivaldo Menegussi. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e cuidado com a saúde. **Escola Anna Nery Enfermagem**, v.10 (3), p.378 – 384, dez. 2006.
- TOLEDO, Melina Mafra; RODRIGUES, Sandra de Cássia; CHIE-SA, Anna Maria. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Revista de enfermagem**, v.16 n.2, Florianópolis. abr./jun. 2007.

Recebido em: 30 Junho 2009

Aceito em: 09 Novembro 2009