

## **HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS: UMA ANÁLISE DO ESTILO DE VIDA E ADESÃO AO TRATAMENTO**

Allan Batista Silva <sup>1</sup>

### **RESUMO**

O crescimento populacional dos idosos tem se caracterizado como uma realidade demográfica importante em todo o mundo. Com isso, verifica-se também que paralelo a esse crescimento, há um aumento em doenças crônicas e multifatoriais. A hipertensão é umas das principais causas para as doenças cardiovasculares. Portanto, o presente estudo tem como objetivo analisar o estilo de vida e a adesão ao tratamento medicamentos de idosos portadores da HAS, residentes nas capitais brasileiras. Trata-se de um estudo ecológico com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados na base do VIGITEL, sendo considerados para o presente trabalho aqueles referentes as entrevistas realizadas em 2017. Neste mesmo ano foram entrevistados 12.117 idosos hipertensos. A maioria destes idosos eram do sexo feminino (69,5%), entre 65 e 69 anos (24,1%) e estudaram de 0 a 8 anos (50,6%). Quanto ao estilo de vida, observou-se que a maioria não consomem regularmente frutas e verduras, não realizam exercício físico e estão acima do peso. Outro fator preocupante é que uma parte considerável dos idosos não realizam o tratamento adequado. Desse modo, é importante que sejam realizadas ações educativas que ressaltem a importância de um estilo de vida mais saudável e da adesão adequada ao tratamento.

**Palavras-chave:** Saúde do idoso, Hipertensão, Estilo de vida.

### **INTRODUÇÃO**

No Brasil e no mundo, o crescimento populacional dos idosos tem se caracterizado como uma realidade demográfica importante (SANTOS; COUTO; BASTONE, 2018). Segundo suas projeções estatísticas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que há cerca de 18 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil. Para o ano de 2025, esta organização também estima que o Brasil contará com cerca de 32 milhões de idosos, tornando-se o sexto país de maior população idosa do mundo (SOUSA et al, 2018).

O aumento contingencial da população da terceira idade está relacionada a melhores condições de educação, saúde, alimentação, avanços e desenvolvimento da medicina, que refletem na melhoria da expectativa de vida, redução da mortalidade e fecundidade (OLIVEIRA et al, 2017). No entanto, verifica-se que há um aumento em doenças crônicas e multifatoriais, que geram preocupações na saúde pública em todos os níveis de atenção à

---

<sup>1</sup> Doutorando em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, allandobu@gmail.com;

saúde, devido a necessidade de cuidados integrais, uso de medicamentos contínuos e assistência médica especializada (SOUSA et al, 2018).

As doenças cardiovasculares constituem o grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e são uma das principais causas de incapacidade e dependência no idoso (HORTENCIO et al, 2018; SOUSA et al, 2018). As doenças cardiovasculares são causadas principalmente pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que é uma condição clínica caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. A HAS aumenta os riscos do indivíduo evoluir para eventos cardiovasculares fatais e não fatais, devido as alterações funcionais e estruturais que esta doença ocasiona em órgãos, como o coração, encéfalo, rins, vasos sanguíneos, entre outros (ALMEIDA et al, 2017).

No Brasil, mais de 60% dos idosos são hipertensos (FALCÃO et al, 2018). Os fatores de risco para a hipertensão estão relacionados a hábitos modificáveis – como o tabagismo, obesidade, sedentarismo, uso abusivo de álcool, alimentação inadequadas, entre outros – e as características não modificáveis – como idade, sexo, histórico familiar, entre outros (SILVA; SAKON, 2018).

O controle da HAS, que tem como principal objetivo a redução da morbimortalidade de doenças cardiovasculares, conta com o tratamento medicamentoso e o não medicamentoso (ALMEIDA et al, 2017; SOUSA et al, 2018). No primeiro tipo de tratamento, o indivíduo consumirá continuamente anti-hipertensivos que baixarão os níveis da pressão arterial sistêmica e diastólica. Já o tratamento não medicamentoso está associado as mudanças no estilo de vida e deve ser indicada como a primeira proposta terapêutica (FALCÃO et al, 2018).

A adesão terapêutica, seja ela medicamentosa ou não, é tida como um comportamento complexo, pois envolve o meio ambiente, indivíduo, profissionais de saúde e assistência médica nas suas diferentes dimensões (PINHEIRO et al, 2018). Contudo, de acordo com Machado et al (2017), estudos apontam que a taxa de adesão terapêutica por parte dos idosos ao tratamento hipertensivo é baixo. Esta não adesão é um fator preocupante para a saúde pública, pois os riscos de desenvolver doenças cardiovasculares é ainda maior, além de gerar hospitalizações desnecessárias ou levar o hipertenso ao óbito, nos casos mais graves (SOUSA et al, 2018).

Estudos que buscam conhecer o estilo de vida e a prevalência da adesão ao tratamento de doenças hipertensivas em grupos vulneráveis, como os idosos, são de grande importância para direcionar as ações de atenção à saúde (GIROTTO et al, 2013). Desse modo, o presente estudo tem como objetivo analisar o estilo de vida e a adesão ao tratamento medicamentoso de idosos que autorrelataram serem portadores da HAS, residentes nas capitais brasileiras.

## METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um estudo ecológico com abordagem quantitativa. Onde os dados foram coletados na base do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL ([http://svs.aids.gov.br/bases\\_vigitel\\_viva/vigitel.php](http://svs.aids.gov.br/bases_vigitel_viva/vigitel.php)), sendo considerados para o presente trabalho os dados referentes as entrevistas realizadas entre Janeiro e Dezembro de 2017.

O VIGITEL foi implantado nas capitais das 27 Unidades Federativas do Brasil, com o objetivo de monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das DCNT por inquérito telefônico. Desde 2006, este inquérito é realizado anualmente e continuamente pelo Ministério da Saúde (MS), em todas as capitais dos 26 estado brasileiros e Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras probabilísticas da população adulta ( $\geq 18$  anos), residentes em domicílios servidos por linhas fixas de telefone em cada cidade (BRASIL, 2018).

Em 2017 foram realizadas 53.034 entrevistas, sendo que desses foram entrevistados 21.172 idosos, onde 12.117 (57,23%) autorrelataram serem hipertensos. Dessa forma, o presente estudo conta apenas com os dados referentes aos idosos hipertensos entrevistados no ano em estudo.

Na base de dados do VIGITEL foram coletadas informações referentes as: característica demográfica e socioeconômicas dos idosos hipertensos (sexo; idade – transformada em faixa etária; estado civil; e nível de escolaridade); características do padrão de alimentação e de atividade física (consumo regular de frutas e verduras; realização, tipo e frequência de exercício físico); frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas; autoavaliação do estado de saúde, fazendo referência ao diagnóstico médico anterior de hipertensão arterial e diabetes, assim como a sua adesão ao tratamento. Além disso, a partir do peso e da altura referida, foram coletadas as informações sobre o excesso de peso e obesidade dos idosos entrevistados.

Os dados foram tabulados no *Microsoft Office Excel* e submetidos ao *software SPSS – Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20. Para avaliar a possível associação entre as variáveis (consumo regular de frutas e verduras; exercício físico; fumante; fumante passivo no domicílio; consumo de bebida alcoólica, excesso de peso; obesidade; e diagnóstico de Diabetes Mellitus) e o sexo dos idosos hipertensos entrevistados, utilizou-se o teste não-paramétrico Qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%.

Por se tratar de dados de domínio público, onde não há identificação dos participantes da pesquisa, não se faz necessária a submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, de acordo com a Resolução n° 466/12 e Resolução n° 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A população brasileira está passando por um rápido processo de envelhecimento e com esse crescimento, aumenta também o risco de desenvolver DCNT, principalmente a HAS. Contribuindo com boa parte das mortes por doença cardiovascular no Brasil, há cerca de 36 milhões de adultos com diagnóstico de HAS, sendo 60% idosos (CAVALCANTI et al, 2019).

O VIGITEL é um dos inquéritos que permite monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das DCNT, contribuindo assim para embasar a elaboração de políticas públicas de saúde, segundo a situação de saúde da população (ISER et al, 2012; ANDRADE et al, 2014).

Os resultados do presente trabalho revelaram que dentre os 12.117 idosos que autorrelaram serem hipertensos, 3.934 (32,5%) eram da Região Nordeste, 2.344 (19,3%) da Região Centro-Oeste, 2.018 (16,7%) Região Sudeste, 1.927 (15,9%) Região Norte e 1.894 (15,6%) Região Sul do país.

Tida como uma doença vascular de maior magnitude no mundo, a hipertensão também gera um grande impacto social, em especial no Brasil, onde esta condição é a primeira causa de óbito por doenças cardiovasculares (ANDRADE et al, 2014). Reforçando assim a importância e a necessidade de avaliar o estilo de vida dos idosos hipertensos no país, assim como da sua adesão ao tratamento, afim de traçar metas para evitar complicações severas.

### ***Características demográficas e socioeconômicas***

No presente trabalho, observou-se que a maioria dos idosos hipertensos eram do sexo feminino (69,5%), entre 65 e 69 anos (24,1%) e estudaram de 0 a 8 anos (50,6%), como pode ser visto na Tabela 1. Ainda na Tabela 1 é possível observar que 11.921 idosos que informaram o estado civil, 44,9% estavam casados legalmente.

**Tabela 1:** Características demográficas e socioeconômicas dos idosos entrevistados, residentes nas capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, Brasil, 2017.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	3.692	30,5
Feminino	8.425	69,5
Total	12.117	100
<b>Faixa Etária</b>		
60 a 64 anos	2.716	22,4
65 a 69 anos	2.916	24,1
70 a 74 anos	2.619	21,6
75 a 79 anos	1.911	15,8
80 anos ou mais	1.955	16,1
Total	12.117	100
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>		
0 a 8 anos	6.133	50,6
9 a 11 anos	3.056	25,2
12 anos ou mais	2.928	24,2
Total	12.117	100
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	1.397	11,7
Casado legalmente	5.357	44,9
União estável	531	4,5
Viúvo	3.458	29
Separado	1.178	9,9
<b>Total</b>	<b>11.921</b>	<b>100</b>

Fonte: VIGITEL, 2017.

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto de Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a esperança de vida ao nascer para as mulheres é 77,31 anos, enquanto que no homem esse valor é de 69,77 anos (ALTAS BRASIL, 2013). Além disso, a prevalência da HAS entre o sexo feminino pode ser explicado pelo fato deste grupo utilizarem os serviços de saúde com maior frequência, resultando assim numa proporção maior de diagnóstico médico entre as mulheres (MURARO et al, 2013).

### *Alimentação e atividade física*

Quanto as características do padrão de alimentação, observou-se que 6.570 não consomem regularmente frutas e verduras, ou seja, a maioria dos idosos com hipertensão consomem esses alimentos cinco vezes ou mais por semana. Além disso, foi possível verificar que ao nível de 95% de confiança, houve diferença estatística significativa entre o sexo e o consumo regular de frutas e verduras, com p-valor<0,001 (TABELA 2).

Durante o envelhecimento o organismo do idoso apresenta alterações que podem influenciar na sua nutrição. Além disso, outros fatores como as baixas condições financeiras,

presença de enfermidade, uso de medicamentos, incapacidade física e isolamento social podem dificultar o acesso aos alimentos (FERREIRA; MONTEIRO; SIMÕES, 2018).

Em relação a prática de exercício físico, verificou-se que houve diferença estatística significativa entre os sexos ( $p$ -valor $<0,001$ ), sendo que a inatividade física foi maior entre as mulheres do que entre os homens, como pode ser visto na Tabela 2.

Segundo dados da OMS (2018), as mulheres são menos ativas do que os homens em todo o mundo. Em alguns países, como Bangladesh, Índia, Iraque, Estados Unidos e Reino Unido, essa diferença é considerável, chegando a registrar até 40% em mulheres contra 16% em homens. Ainda de acordo com a OMS, em 2016, uma em cada 3 mulheres e um em cada quatro homens não realizavam atividade física recomendada.

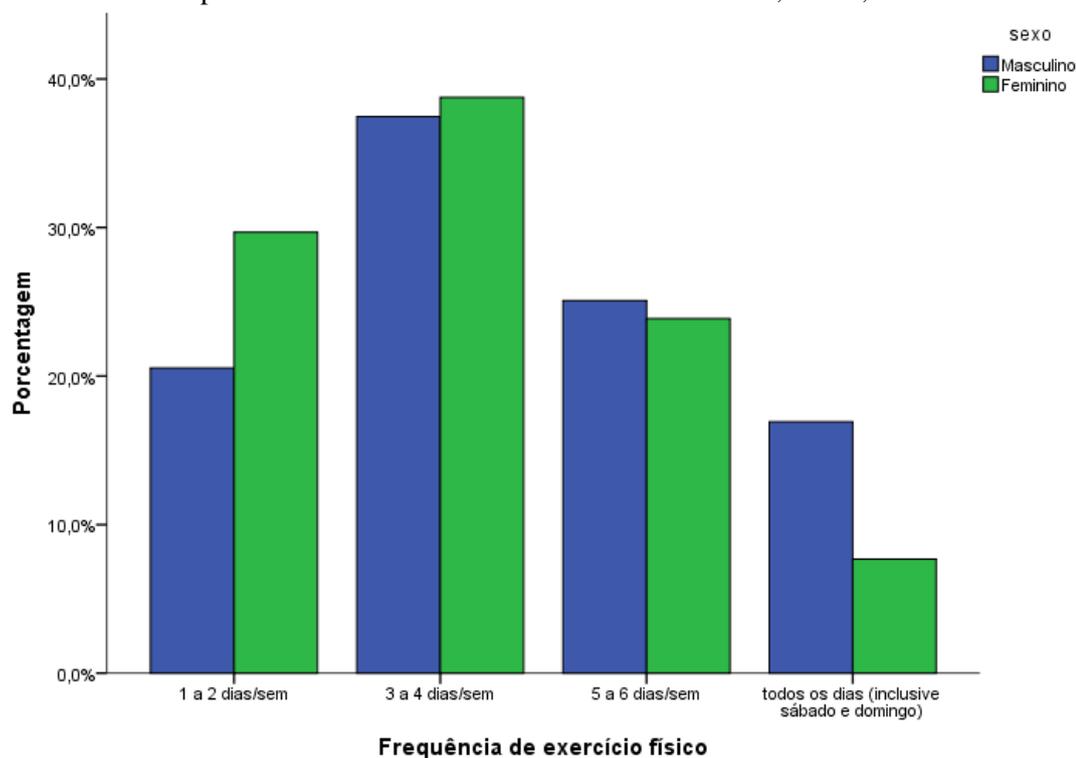
**Tabela 2:** Distribuição do consumo regular de frutas e verduras, e da prática de exercício físico, segundo sexo dos idosos hipertensos, residentes nas capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, Brasil, 2017.

Variável	Sexo				Total		p-valor*
	Masculino		Feminino		n	%	
Consumo regular de frutas e verduras	n	%	n	%	n	%	
Sim	1.442	26	4.105	74	5.547	100	<0,001
Não	2.250	34,2	4.320	65,8	6.570	100	
Total	3.692	30,5	8.425	69,5	12.117	100	
Exercício físico	n	%	n	%	n	%	
Sim	2.018	35,7	3.636	64,3	5.654	100	<0,001
Não	1.674	25,9	4.789	74,1	6.463	100	
Total	3.692	30,5	8.425	69,5	12.117	100	

\*p-valor do Teste Qui-quadrado de Pearson. Fonte: VIGITEL, 2017.

Do total, a maioria das pessoas de ambos os sexos realizam exercício físico de 3 a 4 dias por semana, registrando um percentual de 38,8% entre as mulheres e 37,5% entre os homens (GRÁFICO 1). Os cinco tipos de exercício físico mais prevalente foram: caminhada (56,2%), ginástica em geral (12,4%), hidroginástica (9,8%), musculação (4,7%) e bicicleta (3,4%).

**Gráfico 1:** Frequência da prática de exercício físico, segundo sexo dos idosos hipertensos, residentes nas capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, Brasil, 2017.



Fonte: VIGITEL, 2017.

Com o envelhecimento, o nível de atividade física reduz, fazendo com que o gasto de energia seja menor do que a ingesta de alimentos (MALTA et al, 2016). A literatura também traz que pequenas mudanças nos hábitos e estilo de vida dos idosos, representa mudanças fundamentais para o tratamento da hipertensão (HORTENCIO et al, 2018). Portanto, é importante que o idoso seja inserido em programas de exercícios físicos para a aumentar o gasto energético e assim diminuir os risco da obesidade e dislipidemia.

No Brasil o MS adota as recomendações da OMS, que de acordo com a última atualização, de 2011, orienta que os adultos com 65 anos ou mais devem realizar pelo menos 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada por semana ou 75 minutos de atividade aeróbica de intensidade vigorosa por semana. Além de melhorar a aptidão cardiovascular, muscular, óssea e funcional desse grupo etário, essas recomendações promovem uma redução de risco da DCNT, depressão e déficit cognitivo (OMS, 2011).

### ***Excesso de peso e obesidade***

A partir do peso e da altura relatada pelos idosos, foi possível calcular o Índice de Massa Corpórea (IMC) e assim classifica-los como com excesso de peso ou obesos. Desse

modo, os resultados do presente estudo revelaram que dentre os idosos que autorrelataram serem hipertensos, 7.193 estavam com excesso de peso ( $25 \leq \text{IMC} \leq 29,9$ ) e 2.761 obesos ( $30 \leq \text{IMC} \leq 115$ ). Ressalta-se ainda que, ao nível de 95% de confiança, é possível afirmar que há associação significativa entre a variável sexo e as variáveis excesso de peso e obesidade, com p-valor=0,032 e p-valor<0,001, respectivamente (TABELA 3).

**Tabela 3:** Distribuição do excesso de peso e obesidade, segundo sexo dos idosos hipertensos, residentes nas capitais do estados brasileiros e do Distrito Federal, Brasil, 2017.

Variável	Sexo				Total		p-valor*
	Masculino		Feminino		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
<b>Excesso de peso</b>							
Sim	2.484	34,5	4.709	65,5	7.193	100	0,032
Não	1.075	32,4	2.242	67,6	3.317	100	
Total	3.559	33,9	6.951	66,1	10.510	100	
<b>Obesidade</b>							
Sim	853	30,9	1.908	69,1	2.761	100	<0,001
Não	2.706	34,9	5.043	65,1	7.749	100	
Total	3.559	33,9	6.951	66,1	10.510	100	

\*p-valor do Teste Qui-quadrado de Pearson. Fonte: VIGITEL, 2017.

Muraro et al (2013) estima que o excesso de peso está associado em 20 a 30% com o aumento do risco da HAS, aumentando assim o risco de desenvolverem complicações mais severas das DCNT. Esse risco aumenta nas mulheres, pois esse grupo acumula mais gordura visceral e subcutânea do que os homens, além disso a menopausa é acompanhada pela adiposidade e aumento do peso (SILVEIRA; VIEIRA; SOUZA, 2018). Reforçando assim a necessidade dos idosos, principalmente as mulheres, de realizarem atividades físicas dentro do recomendado pelo MS.

### ***Fumo e bebidas alcoólicas***

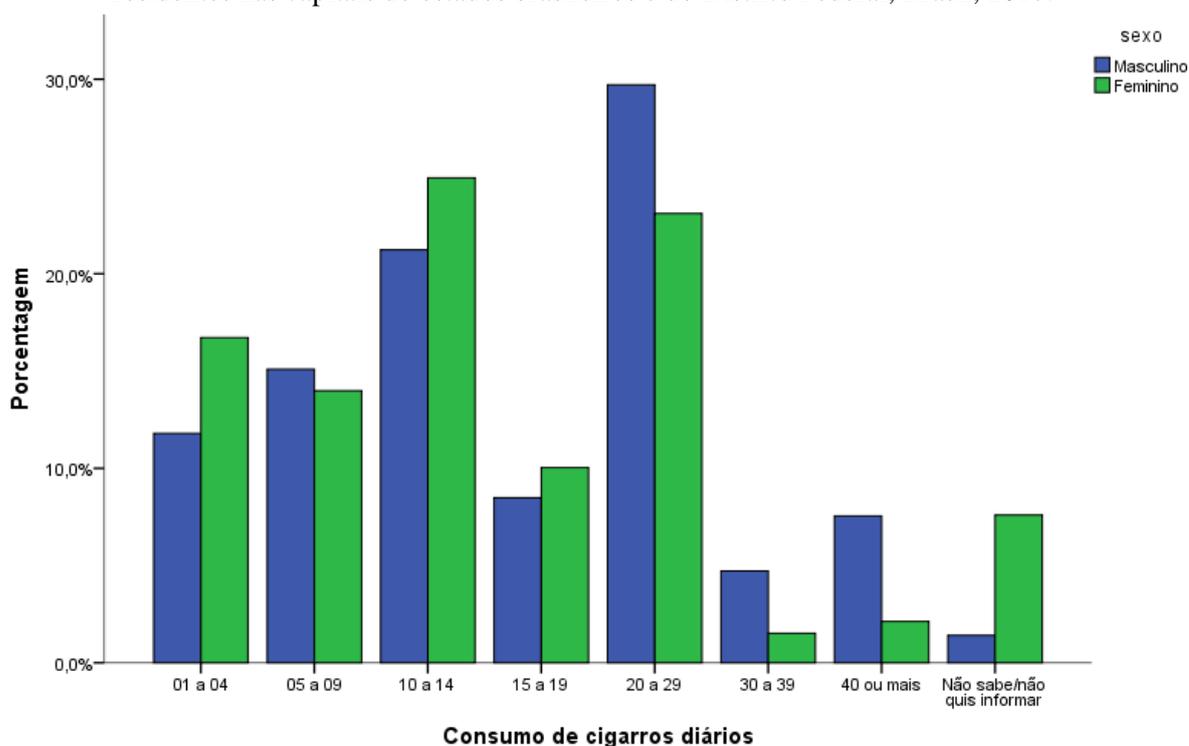
Quanto ao fumo, observou-se que a maioria dos idosos hipertensos não eram fumantes. No entanto, dentre os 611 idosos que fumavam, 59,7% eram do sexo feminino. Além disso, verificou-se que, ao nível de 95% de confiança, há diferença estatística significativa entre o sexo e ser ou não fumante, com p-valor<0,001 (TABELA 4). O número de cigarros consumidos diariamente pelo idosos hipertensos pode ser visto no Gráfico 2.

**Tabela 4:** Distribuição dos fumantes e fumantes passivo em domicílio, segundo sexo dos idosos hipertensos, residentes nas capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, Brasil, 2017.

Variável	Sexo				Total		p-valor*
	Masculino		Feminino		n	%	
<b>Fumante</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Sim	246	40,3	365	59,7	611	100	<0,001
Não	3.446	29,9	8.060	70,1	11.506	100	
Total	3.692	30,5	8.425	69,5	12.117	100	
<b>Fumante passivo no domicílio</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Sim	136	28	350	72	486	100	<0,001
Não	3.556	30,6	8.075	69,4	11.632	100	
Total	3.692	30,5	8.425	69,5	12.117	100	

\*p-valor do Teste Qui-quadrado de Pearson. Fonte: VIGITEL, 2017.

**Gráfico 2:** Frequência do consumo de cigarros diários, segundo sexo dos idosos hipertensos, residentes nas capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, Brasil, 2017.



Fonte: VIGITEL, 2017.

Além disso, ainda na Tabela 4, foi possível observar que 486 idosos são fumantes passivos no domicílio, sendo que houve diferença estatística significativa entre os sexos (p-valor<0,001).

Acredita-se que a maior prevalência de mulheres idosas fumantes, se dá devido as práticas e estilos de vida de quando mais jovens, influenciadas principalmente pela sua maior participação na sociedade e pela mídia. Segundo Malta et al (2017), no início do século XX, além das mensagens de força, virilidade e poder associada ao uso da erva, as propagandas de

cigarro buscavam favorecer a igualdade entre os gêneros e consolidar a emancipação das mulheres e a autoafirmação. Porém, já foi comprado que o consumo de tabaco é considerada um importante fator de risco para as DCNT, sendo o combate ao seu consumo um dos principais focos das políticas públicas vigentes (OMS, 2019).

No Brasil a sua utilização está relacionado a cerca de 13% das mortes, principalmente as relacionadas às DCNT, gerando para o Sistema Único de Saúde (SUS) um custo anual de cerca de 21 bilhões de reais (MALTA et al, 2013). Além do mais, Cavalcanti et al (2019), afirmam que a não ocorrência de picos hipertensivos são influenciados significativamente pela abstenção ao tabagismo. Enfatizando assim a necessidade de reduzir ou de se abster do hábito de fumar para controlar os valores da pressão arterial.

Ao serem questionados sobre o consumo de bebidas alcoólicas, 2.935 idosos relataram que sim, sendo que este consumo é mais frequente no sexo masculino, com um percentual de 56,3%. Ao nível de 95% de confiança, é possível afirmar que há diferença estatística significativa entre o consumo de bebidas alcoólicas e o sexo ( $p$ -valor $<0,001$ ), como pode ser verificado na Tabela 5. A frequência semanal deste consumo pode ser observado no Gráfico 3.

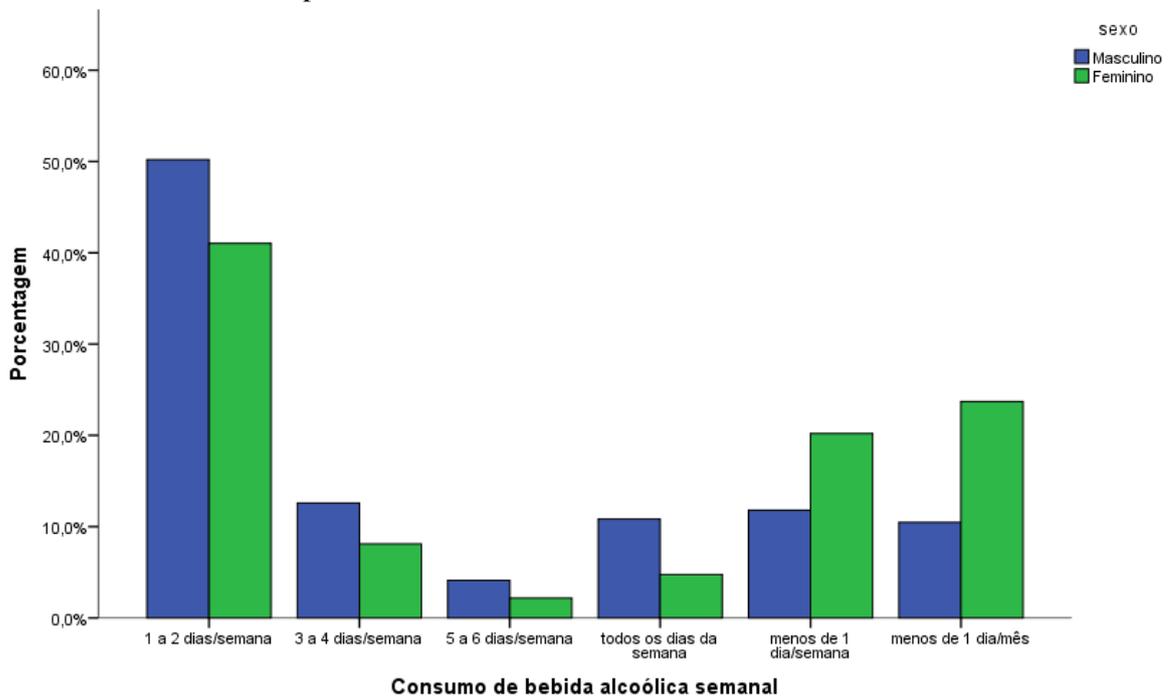
**Tabela 5:** Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas, segundo sexo dos idosos hipertensos, residentes nas capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, Brasil, 2017.

Variável	Sexo				Total		p-valor*
	Masculino		Feminino		n	%	
Consumo de bebida alcoólica	n	%	n	%	n	%	
Sim	1.653	56,3	1.282	43,7	2.935	100	<0,001
Não	2.038	22,2	7.140	77,8	9.178	100	
Total	3.691	30,5	8.422	69,5	12.113	100	

\*p-valor do Teste Qui-quadrado de Pearson. Fonte: VIGITEL, 2017.

Um fator preocupante é que de acordo com a literatura, o consumo de bebidas alcoólicas vem aumentando consideravelmente ao longo dos anos entre os idosos de ambos os sexos. Munhoz et al (2017), mostraram que entre 2006 e 2013, o consumo abusivo de álcool aumentou em pessoas com idade acima de 60 anos, sendo que o incremento ao longo dos anos foi maior entre as mulheres do que nos homens. Estes autores apontam que as mulheres com idade de 60 a 69 anos e de 70 anos ou mais, apresentaram um aumento no consumo de álcool de 11,3% e 12,7% ao ano, respectivamente. Enquanto que os homens de 60 a 69 anos foi identificado um incremento de 5,3% ao ano e os com idade acima de 70 anos, o aumento de 10,2% ao ano.

**Gráfico 3:** Frequência do consumo semanal de bebida alcoólica, segundo sexo dos idosos hipertensos, residentes nas capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, Brasil, 2017.

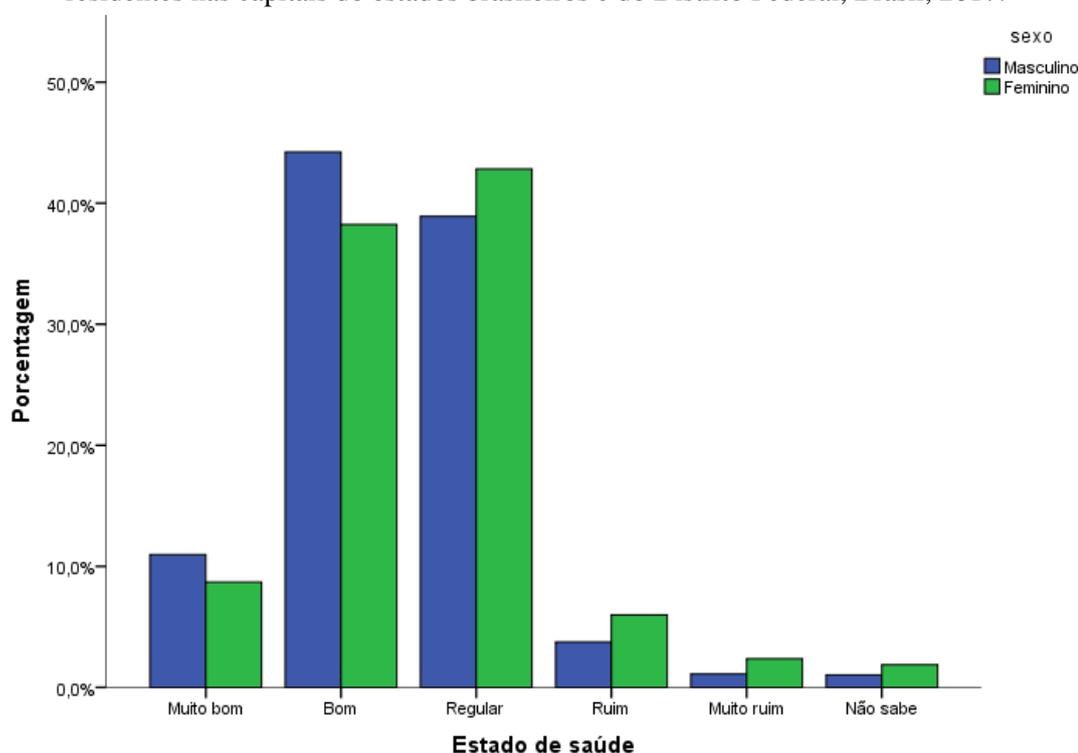


Fonte: VIGITEL, 2017.

### *Autoavaliação do estado de saúde*

Ao serem questionados sobre a percepção do estado atual de saúde, a maioria das mulheres idosas responderam que autoavaliam o estado da sua saúde como regular, enquanto que a maioria dos homens relataram considerar bom, como pode ser visto no Gráfico 4. Dessa forma, faz-se necessário a realização de intervenções educativas que possam mostrar ao idoso a importância do autocuidado, assim como da sua responsabilidade quanto a manutenção de uma boa saúde (MACHADO et al, 2017).

**Gráfico 4:** Frequência da autoavaliação do estado de saúde, segundo sexo dos idosos hipertensos, residentes nas capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, Brasil, 2017.



Fonte: VIGITEL, 2017.

Em relação ao diagnóstico médico prévio de Diabetes Mellitus, observou-se que 8.894 dos idosos entrevistados não são diabéticos e 3.223 são diabéticos e hipertensos. Além disso, ao nível de 95% de confiança, é possível afirmar que não há diferença estatística significativa entre o diagnóstico de Diabetes Mellitus e o sexo dos entrevistados ( $p$ -valor=0,061), como pode ser verificado na Tabela 6.

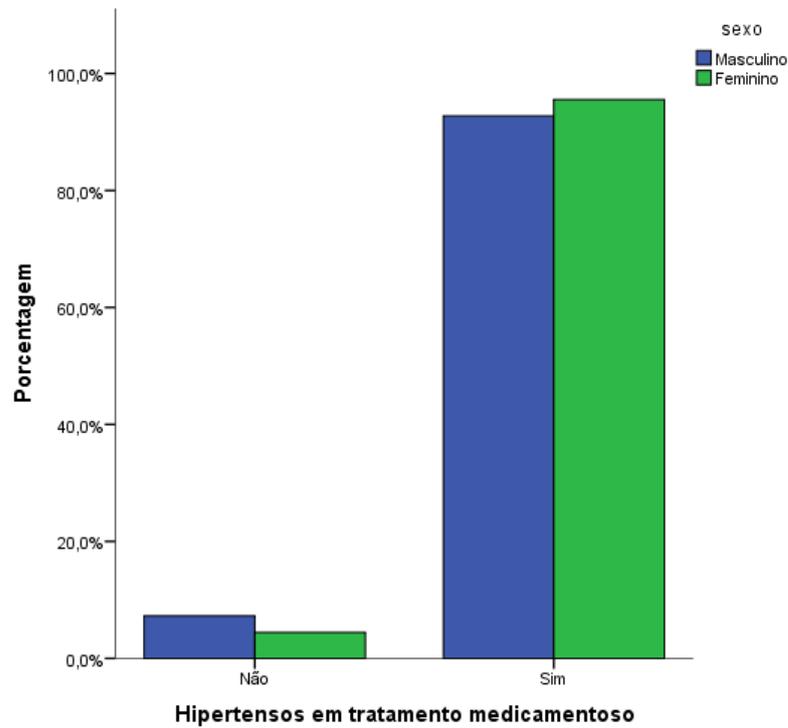
**Tabela 6:** Distribuição do diagnóstico médico de Diabetes Mellitus, segundo sexo dos idosos hipertensos, residentes nas capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, Brasil, 2017.

Variável	Sexo				Total		p-valor*
	Masculino		Feminino		n	%	
Diabetes Mellitus	n	%	n	%	n	%	
Sim	1.024	31,8	2.199	68,2	3.223	100	0,061
Não	2.668	30	6.226	70	8.894	100	
Total	3.692	30,5	8.425	69,5	12.117	100	

\*p-valor do Teste Qui-quadrado de Pearson. Fonte: VIGITEL, 2017.

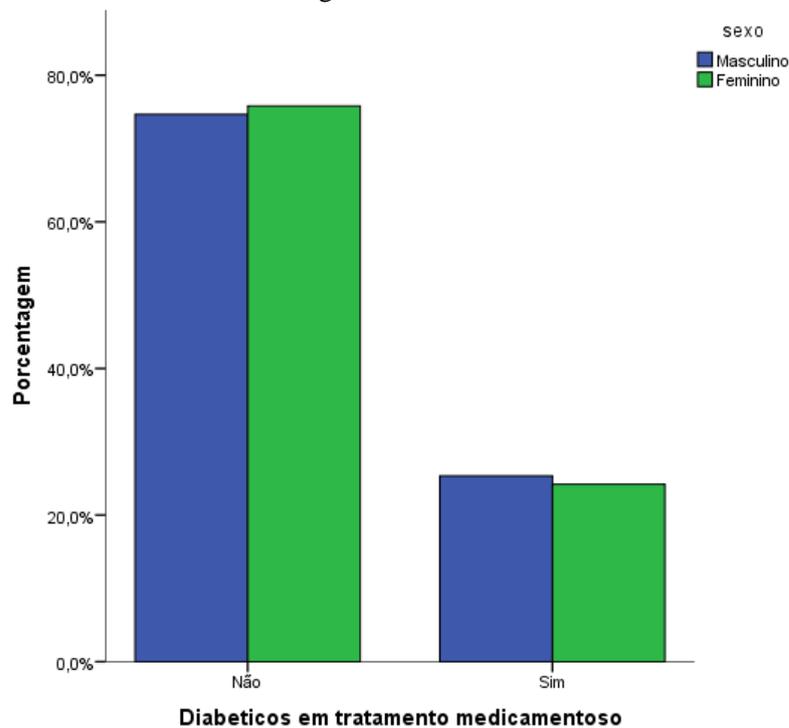
Apesar da maioria dos idosos hipertensos estarem em tratamento medicamentoso, 642 pessoas relataram que não fazem o tratamento medicamentoso (GRÁFICO 5). Já em relação aos idosos que, além da hipertensão também são diabéticos, 9.143 não fazem o tratamento medicamentoso, como pode ser visto no Gráfico 6.

**Gráfico 5:** Distribuição dos idosos hipertensos em tratamento medicamentoso, segundo sexo, Brasil, 2017.



Fonte: VIGITEL, 2017.

**Gráfico 6:** Distribuição dos idosos hipertensos e diabéticos em tratamento medicamentoso para diabetes, segundo sexo, Brasil, 2017.



Fonte: VIGITEL, 2017.

A não adesão ao tratamento para a hipertensão e a diabetes aumentam os riscos de desenvolver lesões de órgãos e outras complicações mais severas para a saúde do idoso (CAVALCANTI et al, 2017). Sendo que a maior dificuldade na adesão ao tratamento da hipertensão se dá pelas mudanças no estilo de vida, que envolvem cuidados com a dieta, controle na ingestão de álcool, cessação do fumo, redução e manutenção do peso, e realização regular de atividades físicas (MACHADO et al, 2017; PINHEIRO et al, 2018).

Para o tratamento medicamentoso, uma alternativa para melhorar a adesão a esse tipo de tratamento, seria a escolha de um medicamento com menor número de doses diárias (DALLACOSTA; RESTELATTO; TURRA, 2019). Como o tratamento para a HAS se trata de uma questão complexa, que envolve a pessoa, doença/tratamento, serviço de saúde e ambiente (PINHEIRO et al, 2018). É importante que os profissionais de saúde que atuam na atenção básica, tenham uma rotina de atendimento e acompanhamento desses idosos hipertensos, afim de detectar precocemente os riscos cardiovasculares, traçar metas para mudanças de estilo de vida e encorajar a participação do idoso no autocuidado (ANDRADE et al, 2014; MACHADO et al, 2017).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do que foi exposto no presente trabalho, observa-se que os idosos residentes das capitais brasileiras e Distrito Federal apresentam estilos de vida inadequados – como o não consumo regular de frutas e verduras, inatividade física, tabagismo, consumo de bebidas alcólicas, excesso de peso e obesidade, que podem levá-los ao desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares ou de complicações mais severas da hipertensão. Também verificou-se que há uma considerável não adesão ao tratamento recomendado para a hipertensão e diabetes.

Esta atual situação é bastante preocupante, considerando que tais comportamentos e fatores se somam ao fato de que os idosos já são hipertensos e, conseqüentemente, possuem um risco considerável de apresentarem problemas cardiovasculares indesejáveis.

Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde alertem os idosos hipertensos quanto a importância das mudanças dos hábitos de vida e da adesão ao tratamento, durante os atendimentos individuais e através de ações educativas lúdicas realizadas em grupo. Reforçando a importância do idoso na participação das ações de prevenção e controle das doenças, o que promove a autonomia e o autocuidado, além do envelhecimento saudável.

Destaca-se ainda que, esta conscientização deve ser intensificada principalmente entre as mulheres, pois o presente trabalho detectou que esse grupo apresenta uma frequência ainda maior dos hábitos de vida considerados inadequados.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. S. et al. Estilo de vida e perfil socioeconômico de pacientes hipertensos. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v.11, n.12, p.4826-37, 2017.

ANDRADE, S. S. C. A. et al. Prevalência da hipertensão arterial autorreferida nas capitais brasileiras em 2011 e análise de sua tendência no período de 2006 a 2011. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol.17, suppl.1, p.215-226, 2014.

ATLAS BRASIL, Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. **Esperança de vida ao nascer, Brasil**. 2013. Disponível em: < <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>> Acesso em: 28 de Abril de 2019.

BRASIL, MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel 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 Distrito Federal em 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CAVALCANTI, M. V. A. et al. Hábitos de vida de homens idosos hipertensos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.40, p.e20180115, 2019.

DALLACOSTA, F. M.; RESTELATTO, M. T. R.; TURRA, L. Adesão ao tratamento e hábitos de vida de hipertensos. **Revista On Line de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v.11, n.1, p.113-7, 2019.

FALCÃO, A. S. Estilo de vida e adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica em homens idosos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.31, n.2, p.1-10, 2018.

FERREIRA, C. C. D. et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos: evidências com base em inquérito telefônico. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.31, n.1, p.1-10, 2018.

GIROTTI, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1763-72, 2013.

HORTENCIO, M. N. S. et al. Efeitos de exercícios físicos sobre fatores de risco cardiovascular em idosos hipertensos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.31, n.2, p.1-9, 2018.

ISER, B. P. M. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais do Brasil – principais resultados do Vigitel 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.9, p.2343-56, 2012.

MACHADO, A. L. G. et al. Perfil clínico-epidemiológico e adesão ao tratamento de idosos com hipertensão. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v.11, n.12, p.4906-12, 2017.

MALTA, D. C. et al. Evolução de indicadores do tabagismo segundo inquéritos de telefone, 2006-2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, sup.3, p.e00134915, 2017.

MALTA, D. C. et al. Tendência temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos nas capitais brasileiras, 2006-2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.4, p.1061-69, 2016.

MALTA, D. C. et al. Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.4, p.812-22, 2013.

MUNHOZ, T. N. et al. Tendências de consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 a 2013: análise das informações do VIGITEL. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, n.7, p.e00104516, 2017.

MURARO, NA. P. et al. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.5, p.1387-98, 2013.

OLIVEIRA, M. S. N. et al. Autocuidado de idosos diagnosticados com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.7, n.3, p.490-503, 2017.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Determinantes sociais e riscos para a saúde, doenças crônicas não transmissíveis e saúde mental**, 2018. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5753:mais-de-1-4-bilhao-de-adultos-correm-risco-de-desenvolver-doencas-por-inatividade-fisica-em-todo-o-mundo&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5753:mais-de-1-4-bilhao-de-adultos-correm-risco-de-desenvolver-doencas-por-inatividade-fisica-em-todo-o-mundo&Itemid=839)> Acesso em: 30 de Abril de 2019.

\_\_\_\_\_, Organização Mundial da Saúde. **Global recommendations on physical activity for health**, 2011. Disponível em: <<https://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-65years.pdf?ua=1>> Acesso em: 30 de Abril de 2019.

\_\_\_\_\_, Organização Mundial da Saúde. **Tabagismo**, 2019. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=574:tabagismo&Itemid=463](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=574:tabagismo&Itemid=463)> Acesso em: 30 de Abril de 2019.

PINHEIRO, F. M. et al. Adesão terapêutica em idosos hipertensos: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste**, v.8, n.e1938, 2018.

SANTOS, E.C.; COUTO, B. M.; BASTONE, A. C. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde e idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde. **ABCS Health Sciences**, v.43, n.1, p.47-54, 2018.

SILVA, R. A. R.; SAKON, P. O. R. Auto percepção dos estado de saúde de hipertensos. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v.12, n.7, p.1826-34, 2018.

SILVEIRA, E. A.; VIEIRA, L. L.; SOUZA, J. D. Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.3, 903-12, 2018.

SOUSA, R. C. et al. Particularidades de idosos hipertensos à adesão ao tratamento medicamentoso. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v.12, n.1, p.216-23, 2018.