



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

SABRINA DA SILVA SOARES

**IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL AUTORREFERIDA: UM RECORTE DA
PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE.**

CAJAZEIRAS-PB

2018

SABRINA DA SILVA SOARES

**IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL AUTORREFERIDA: UM RECORTE DA
PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE.**

Trabalho de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

CAJAZEIRAS – PB

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

S676i Soares, Sabrina da Silva.
Idosos com hipertensão arterial autorreferida: um recorte da Pesquisa Nacional de Saúde / Sabrina da Silva Soares. - Cajazeiras, 2018.
38f.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2018.

1. Hipertensão. 2. Doenças crônicas não transmissíveis. 3. Idoso hipertenso. I. Dantas, Rosimery Cruz de Oliveira. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

SABRINA DA SILVA SOARES

IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL AUTORREFERIDA: UM RECORTE DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE.

Trabalho de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovação em 31/07/2018

BANCA EXAMINADORA

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

Prof.^a Dr.^a Rosimery Cruz de Oliveira Dantas – UAENF/CFP/UFCG

Orientador

Cícera Renata Diniz Vieira Silva

Prof.^a Ma. Cícera Renata Diniz Vieira Silva – ETSC/CFP/UFCG

Primeiro Membro examinador

Claudia Maria Fernandes

Prof.^a Ma. Claudia Maria Fernandes

Segundo Membro examinador

Dedico este trabalho aos meus pais, por sempre acreditarem em mim e me incentivarem a buscar meus sonhos. Sem vocês nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus que me permitiu chegar até aqui e está vivendo esse sonho, pois eu sei que jamais seria possível sem a tua ajuda e vontade divina que nunca me deixou fraquejar ao longo dessa caminhada.

À minha mãe Joseneide por todo amor e cuidado, por ser mãe e amiga me oferecendo sempre valiosos conselhos e dividindo comigo esse sonho. A meu pai Silvério, homem honesto e humilde, meu exemplo de luta diária que me ensinou a desde pequena batalhar pelos meus objetivos. Tudo que sou nessa vida devo a vocês.

A meu irmão Igor por todo companheirismo e amor, a minha irmã Samara pela cumplicidade e lealdade por compartilhar segredos e angústias entender minhas ausências e principalmente por nunca me deixar se sentir sozinha ao longo de toda essa jornada.

As minhas colegas Izabel Bezerra, Elaine Cristina, Alwsca Rolim, Bruna Alves, por dividirem comigo essa experiência única, cheia de aprendizados, desafios e muita diversão.

À minha segunda família com quem dividi os melhores momentos durante a graduação Poliana Carla, minha amiga/irmã, confidente e conselheira que ganhei para o resto da vida. Wagner Sarmiento e Mario Hélio, os laços que nos unem jamais serão desfeitos. Graças a vocês a caminhada foi mais leve e feliz.

Aos professores que dedicaram sua vida e aprendizado na construção de novos profissionais. À minha orientadora Rosimery Cruz, pela paciência, dedicação e confiança depositada na construção desse trabalho.

À banca examinadora de TCC Renata Diniz e Claudia Fernandes pela contribuição e ensinamentos construídos ao longo dessa jornada.

A todos os profissionais da rede hospitalar (Hospital Regional de Cajazeiras, Hospital Universitário Alcides Carneiro, Hospital Universitário Júlio Bandeira e Unidade de Pronto Atendimento). Aos meus pacientes por toda confiança depositada e por me permitirem contribuir na sua recuperação.

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho e minha formação acadêmica. Minha eterna gratidão a todos.

SOARES, Sabrina da Silva. **Idosos Com Hipertensão Arterial Autorreferida: Um Recorte Da Pesquisa Nacional De Saúde**. 2018 38f. Monografia (Bacharelado Em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras-PB, 2018.

RESUMO

O envelhecimento é um processo inerente da vida humana que propicia o surgimento de patologias intervenientes na condição de vida do idoso. As doenças crônicas não transmissíveis se fazem presente neste grupo etário e dentre elas se destaca a hipertensão arterial sistêmica, que apresenta alta prevalência e constitui-se fator de risco para complicações cardiovasculares, interferindo na qualidade de vida dos acometidos. O estudo objetivou identificar o padrão de saúde dos idosos brasileiros mediante a presença da hipertensão arterial; Identificar o perfil destes idosos e listar as principais complicações autorreferidas pelos idosos com hipertensão. Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, descritivo, de caráter quantitativo, de base populacional, utilizando os dados existentes no banco da pesquisa nacional de saúde realizada no ano de 2013, a análise se deu por proporção, média, com o software SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences – versão 20.0). Observou-se que 5.524 idosos entrevistados autorreferiram o diagnóstico da hipertensão, a maioria do sexo feminino, sabe ler e escrever, baixa escolaridade, possuíam apenas ensino fundamental, casados, da raça/cor não branca. A orientação mais recebida dos profissionais de saúde foi a baixa ingestão de sódio. Os idosos da amostra avaliaram sua saúde como regular e referem que a hipertensão não limita suas atividades. As complicações de saúde de maior prevalência foi o infarto agudo do miocárdio, e o acidente vascular encefálico a menor. Conclui-se que a hipertensão continua sendo um grave problema de saúde pública, e requer o planejamento mais efetivo de ações por profissionais e gestores a ser desenvolvido nos serviços de saúde, de forma que os idosos possam ser melhor acompanhados. É necessário maior ênfase em estratégias de prevenção, controle e tratamento da hipertensão e suas complicações.

Palavras-Chave: Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Hipertensão; Idosos.

SOARES, Sabrina da Silva. **Elderly Patients With Self-reported Arterial Hypertension: A Clipping From National Health Research**. 2018 38f. Monograph (Bachelor in Nursing) - Federal University of Campina Grande. Cajazeiras-PB, 2018.

ABSTRACT

Aging is an inherent process of human life that leads to the emergence of pathologies that interfere with the individual's life condition. The non-communicable chronic diseases are among the main diseases affecting this age group, among them the systemic arterial hypertension that affects mainly the elderly, presents high prevalence in the population, is a risk factor for cardiovascular complications and interferes in the life quality of this population. The study aimed to identify the health pattern of Brazilian elderly people through the presence of arterial hypertension; identify the profile of these elderly people and list the main complications self-reported by elderly people with hypertension. This is an epidemiological, cross-sectional, descriptive, quantitative, population-based study, using the existing data in the National Health Research Database conducted in 2013, the analysis was by proportion, average, with the SPSS® software (Statistical Package for the Social Sciences - version 20.0). It was observed that 5,524 elderly people interviewed self-referenced the diagnosis of hypertension, most of them female, can read and write, have low schooling, have only elementary school, married, non-white race/color. The most received orientation of health professionals was the low sodium intake. The elderly in the sample evaluate their health as regular and report that hypertension does not limit their activities. The most prevalent health complications were AMI, and the stroke. It is concluded that hypertension continues to be a serious public health problem, and requires the most effective planning of actions by professionals and managers to be developed in health services, so that the elderly can be better followed. More emphasis is needed on prevention strategies, control and treatment of hypertension and its complications.

Key Words: Non-communicable Chronic Diseases; Hypertension; Elderly

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Questões da PNS 2013 incluídas na variável independente do estudo.....	20
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra de idosos segundo a condição de hipertensão autorreferida.....	21
Tabela 2. Distribuição dos hipertensos segundo as orientações recebidas pelos profissionais no tocante à manutenção de estilo de vida saudável.....	21
Tabela 3. Implicação da hipertensão na vida dos idosos.....	22
Tabela 4. Distribuição dos hipertensos segundo as complicações decorrentes da HAS.....	22

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB- Atenção Básica

ABVD- Atividades Básicas da Vida Diária

AVC- Acidente Vascular Encefálico

AIVD- Atividades instrumentais da vida diária

DCNT- Doenças crônicas não transmissíveis

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM- Infarto Agudo Do Miocárdio

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEV- Mudanças No Estilo De Vida

MS- Ministério da Saúde

PNI- Política Nacional do Idoso

PNS- Pesquisa Nacional de Saúde

PNSI- Política Nacional de Saúde do Idoso

QV- Qualidade De Vida

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.2 JUSTIFICATIVA	12
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	14
3.2 FATORES DE RISCO PARA DESENCADAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS.....	15
3.3 QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS	16
3.4 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO IDOSA	17
4 METODOLOGIA.....	18
4.1 TIPO DE ESTUDO	18
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	19
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	20
5. RESULTADOS	21
6.DISSCUSSÃO	24
7.CONCLUSÃO.....	29
REFERENCIAS	30

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo singular, gradual e inerente à condição humana, marcado por alterações orgânicas que implicam no declínio das funções fisiológicas. Envelhecer não está necessariamente ligado à incapacidade, entretanto, alguns indivíduos veem este processo de forma negativa devido às várias mudanças que ocorrem e pela maior susceptibilidade ao surgimento de patologias nessa faixa etária (CIOSAK et al., 2011).

O fenômeno do envelhecimento vem sendo caracterizado como um processo mundial. No Brasil é evidente a mudança na transição do perfil demográfico da população. Observa-se a diminuição dos números de jovens. Isso pode ser explicado devido à diminuição da taxa de natalidade e o aumento da expectativa de vida (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Como reflexo do envelhecimento da população no país, percebe-se o aumento de complicações de saúde no grupo de idosos, principalmente por Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) cujo crescimento, a cada ano, tem se mostrado progressivo. Estas enfermidades possuem maior capacidade de afetar e diminuir a independência e autonomia deste público (PORCIÚNCULA et al., 2014).

Alguns fatores de risco predisõem para a morbi/mortalidade das DCNT como: tabagismo, má alimentação, sedentarismo, hiperglicemia, níveis alterados de pressão arterial e obesidade (OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2013). A observância destes fatores de risco têm como consequência o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes mellitus, obesidade, entre outras (MALTA; SILVA, 2013).

As DCNT, sério problema de saúde pública, são patologias multifatoriais que mais provocam impacto na funcionalidade orgânica e causam limitações, afetando a produtividade e perda na qualidade de vida (QV), além de grande potencial de causar morte prematura (SILVA, 2015; LIMA; VALENÇA; REIS, 2016). No Brasil, em 2011 as DCNT foram responsáveis por 68,3% do total de mortes, com destaque para doenças cardiovasculares (30,4%), as neoplasias (16,4%), as doenças respiratórias (6%) e o diabetes (5,3%) (MALTA et al., 2014).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), uma DCNT e fator de risco para as doenças cardiovasculares, tem apresentado alta predominância ao longo dos anos (LOPES et al., 2014). Estima-se que a HAS atinge 32,5% de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos (MALACHIAS et al., 2016). Quando concomitante com outra patologia, como a diabetes mellitus aumenta o risco de eventos cerebrovasculares e doenças arteriais coronarianas (PINHO et al., 2015). Esses riscos podem ser diminuídos quando identificados precocemente

pela equipe de saúde, pois permite a prevenção de complicações a partir da ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e adesão ao tratamento (SANTOS; MOREIRA, 2012).

A HAS apresenta relação linear com a idade, ou seja, à medida que a idade avança aumenta se o risco para o seu desenvolvimento. Diante dessa realidade, surge à necessidade de políticas públicas e estratégias de saúde voltadas para a população idosa, haja vista que, este contingente populacional ultrapassará a jovem ativa daqui a alguns anos. Ademais é necessário o direcionamento de medidas voltadas à saúde destes indivíduos, que implica no melhor enfrentamento dos aspectos negativos do processo de envelhecimento, além de proporcionar uma melhor QV (LIMA et al., 2016).

Dentre as estratégias estabelecidas o Ministério da Saúde (MS), buscando compreender os aspectos referentes às condições de saúde da população brasileira, desenvolveu em 2013, em âmbito nacional e abrangência municipal, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) com enfoque na avaliação e percepção das características de saúde dos brasileiros no tocante ao estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas (IBGE, 2014). Esta pesquisa ofereceu subsídios para se identificar os problemas e fragilidades da saúde brasileira e, a partir do conhecimento deles, traçar propostas de intervenções de acordo com as necessidades da população. Além disso, proporcionar melhor direcionamento das políticas públicas.

1.2 JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas são consideradas, atualmente, um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Os indicadores de morbi/mortalidade relacionados a essas enfermidades crescem paulatinamente. O grupo de idosos é a faixa etária mais susceptível e vulnerável, em decorrência do próprio processo fisiológico de envelhecimento, das condições sociais, dos hábitos de vida adotados e/ou fatores hereditários.

Dentre as principais DCNT que acometem os idosos, encontra-se a hipertensão arterial como uma das mais prevalentes. Apesar de ser um agravo multifatorial, essa enfermidade muitas vezes pode ser evitada com ações preventivas, tais como: menor ingestão de sal e gorduras, prática de atividades físicas e adoção de hábitos saudáveis.

Diante do contexto e sabendo-se dos altos índices de idosos portadores de DCNT e dos prejuízos causados na QV desses indivíduos em consequência dessas enfermidades, justificou-se a construção deste estudo, uma vez que ele traz contribuições pertinentes para se pensar estratégias voltadas à saúde dos idosos, bem como contribuir para o conhecimento científico acadêmico e da população como um todo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar o padrão de saúde dos idosos brasileiros mediante a presença de hipertensão arterial autorreferida.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico dos idosos acometidos por hipertensão autorreferida.
- Listar as principais complicações autorreferidas pelos idosos com hipertensão.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Com o aumento da expectativa de vida e o declínio da natalidade, têm-se observado a inversão da pirâmide etária ao longo dos anos com o aumento demográfico nos números de idosos na população (PILGER et al., 2013). Essa realidade traz consigo algumas implicações, visto que no envelhecimento são evidenciados a maior ocorrência de enfermidades complexas que necessitam de cuidados mais intensos. Isto aumenta os custos do sistema de saúde com internações hospitalares (BARROS et al., 2015).

Existem patologias diretamente ligadas ao envelhecimento. Elas decorrem da vulnerabilidade resultante das alterações fisiológicas e funcionais que contribuem para desencadeamento de doenças crônicas, tais como hipertensão, doenças cardíacas, diabetes. Nos idosos causam maior prejuízo à saúde, queda da autonomia e maior dependência do indivíduo (BERARDINELLI et al., 2011; TAVARES; DIAS, 2012).

A HAS, por sua forma silenciosa de instalação e manifestação, muitas das vezes não é tratada adequadamente levando a complicações que se manifestam das mais diversas formas.

3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A HAS é caracterizada como a conservação dos níveis da pressão arterial aumentado, com valor sistólico igual ou maior 140 mmHg e diastólico de 90 mmHg (MALACHIAS et al., 2016). Existem fatores de riscos que predispõem a manifestação dessa enfermidade, tais como, alta ingestão de sódio, sedentarismo, tabagismo, hereditariedade, raça, etnia (OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2013).

Apesar de ser um fator de risco modificável a HAS apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo classificado como um dos principais fatores de risco para manifestação de outras doenças. É considerado um problema de saúde pública mundial (MALACHIAS et al., 2016). Mesmo quando não apresenta sintomatologia, a HAS é responsável pelo desencadeamento de complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas (ANDRADE et al., 2014). Diante dos altos índices de prevalência desta enfermidade, fazem-se necessárias medidas preventivas para detecção, controle e tratamento (CARVALHO; MENDES; GOMES, 2016).

E por isso, os profissionais de saúde têm como grande desafio o direcionamento de cuidados voltados aos indivíduos portadores de doenças crônicas. Neste sentido, a educação em saúde se destaca como um dos principais instrumentos à promoção da saúde, e deve ser

utilizada de maneira que potencialize o usuário como papel principal no processo de educação e na recuperação da sua autonomia (VASCONCELOS et al., 2017).

Importante destacar que a HAS também é fator de risco para o desencadeamento do diabetes mellitus (DM). A concomitância entre essas patologias é bastante recorrente, principalmente na população idosa. Este fato causa danos à saúde, dificultando o manejo e controle dessas doenças.

3.2 FATORES DE RISCO MODIFICAVEIS PARA DOENÇAS CRÔNICAS

Transição demografia e epidemiologia no Brasil dar-se de forma desordenada quando se comparada com outros países, fato observado no aumento da expectativa de vida, conseqüentemente o aumento da população idosa, e das doenças não transmissíveis (IBGE, 2016). O processo de envelhecimento predispõe ao surgimento de doenças crônicas, entretanto existem fatores de riscos que impulsionam a carga dessas enfermidades nessa faixa etária de idosos (SILVA et al., 2015).

Os hábitos alimentares constituem um fator de risco mutável, no entanto, podem ser influenciados pelo poder econômico, preferências alimentares, acesso aos alimentos, fatores culturais, geográficos e crenças. O aumento de produtos industrializados no mercado ricos em gorduras, sódio e açúcares, influenciam o consumidor a hábitos alimentares errôneos e mudanças no padrão alimentar mundial. Esta diversidade e facilidade de acesso aos produtos fazem com que manter uma alimentação saudável se torne difícil, pois requer interesses e atitudes de múltiplos setores (WHO, 2015).

A má alimentação causa diversos prejuízos à saúde, dentre eles sobrepeso e obesidade. A obesidade é um dos fatores de risco para várias doenças, inclusive as DCNT como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares. Diante disso, é importante conscientizar a população, sobre a importância da alimentação adequada e dos benefícios de uma vida saudável (MALTA et al., 2012).

Além da obesidade, o tabagismo desponta como uma das principais causas de morbi/mortalidade no mundo e fator de risco evitável para o desencadeamento de doenças, principalmente as respiratórias que correspondem por aproximadamente 6 milhões de mortes por ano. Estima-se que em 2020 cresçam para 7,5 milhões, representando 10% de todas as mortes (WHO, 2011).

Evidência epidemiológica aponta uma relação de causalidade entre o tabagismo e cerca de 50 doenças, das quais se destacam as cardiovasculares, respiratórias e cânceres. O uso do tabaco e seus derivados é responsável por 45% dos óbitos por doença coronariana

(infarto agudo do miocárdio – IAM), 85% por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), 25% por doenças cerebrovasculares, 30% por câncer, além dos altos custos para os indivíduos e serviços de saúde (PINTO; PICHON; BARDACH, 2015).

Além do tabaco o uso abusivo do álcool é outro fator de risco evitável que apresenta alta predominância entre a população. O álcool é descrito como uma droga lícita, de forma que seu consumo é admitido e, em alguns países incentivados pela sociedade. Na população idosa o consumo excessivo de álcool pode estar relacionado ao enfrentamento de situações ocorridas na sua vida, tais como: aposentadoria, abandono, estresse e viuvez. Seu consumo afeta o convívio social e familiar (PILLON et al., 2010).

O consumo excessivo do álcool está relacionado à causalidade de mais de 200 tipos de doenças e lesões, destacando a cirrose, câncer, desequilíbrios mentais e alterações no comportamento. Além do impacto negativo à saúde, o uso nocivo das bebidas alcoólicas ocasiona perdas para os indivíduos e sociedade no âmbito social, familiar e econômico (WHO, 2014).

As condições de vida e de trabalho também são consideradas fatores para desencadeamento de enfermidades, visto que a desigualdade social, o menor acesso aos meios de comunicação e baixa escolaridade, dificultam o acesso aos serviços de saúde e influenciam para uma maior prevalência de doenças crônicas (SILVA et al., 2015).

As doenças crônicas comprometem de forma significativa a QV dos idosos, este comprometimento atinge cada pessoa de forma diferente. As fragilidades, decorrente do comprometimento biológico, tendem a apresentar maior impacto na vida cotidiana de indivíduos em fases mais avançadas da vida. Assim, idosos longevos apresentam maior ocorrência de DCNT (SILVA et al., 2015).

3.3 QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

O conceito de QV se configura por diversas perspectivas, visto que sua definição é complexa e requer avaliação de vários aspectos, tais como, ausência de doenças, capacidade funcional, inserção do sujeito no contexto social, afetivo, lazer, realização pessoal, entre outros aspectos da vida (AMARAL, 2008).

Com a mudança do perfil demográfico da população constata-se a necessidade de mudanças nos serviços oferecidos, para um melhor direcionamento no atendimento as demandas das próximas décadas. O aumento da população idosa traz consigo um crescimento significativo de algumas doenças, principalmente as crônicas (BRASIL, 2014). Esta realidade

tem aumentado o interesse por estudos clínicos voltados a QV dos portadores de DCNT (CARVALHO, 2013).

Associação de duas ou mais patologias crônicas, além de provocar maior agravo a saúde, está ligada a maior probabilidade de morte, invalidez, má qualidade de vida, como também eventos adversos a medicamentos (SALIVE, 2013). Os eventos adversos à medicação estão diretamente associados ao uso contínuo e a interação de vários fármacos para o tratamento de multimorbidades (MANGIN, 2015).

De acordo com Barbosa et al. (2014), o diabetes mellitus, AVE e doenças cardíacas são agravos que acometem os idosos e comprometem sua QV, dificultando a execução de atividades básicas e instrumentais da vida diária, o que causa maior dependência e aumenta os custos desses com cuidados de saúde, uma vez que podem precisar de hospitalização mais vezes e por maiores períodos de tempo (MACHADO et al., 2012).

Diante dos prejuízos causados a saúde devido às doenças crônicas se faz necessário a elaboração de medidas voltadas a prevenção dos fatores de riscos e controle dessas enfermidades. A frente disso, o MS elaborou um plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT, tendo como diretrizes a promoção, desenvolvimento e implementação de políticas públicas direcionadas a prevenção, controle e cuidado das DCNT e seus fatores de risco (BRASIL, 2013a).

Além do cumprimento das diretrizes, se faz necessário a adoção de estratégias que favoreçam o acesso aos serviços de saúde pelos idosos, de forma que eles se sintam acolhidos e tenham suas necessidades atendidas.

3.4 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO IDOSA

O aumento da população idosa é um reflexo do processo de envelhecimento que ocorre mundialmente, no Brasil essa mudança transcorre de forma progressiva ao longo das décadas (PILGER et al., 2013). A manifestação de DCNT é consequência do processo de envelhecimento, visto que essas enfermidades acometem principalmente os idosos gerando o aumento nos custos de saúde voltados às internações hospitalares desses indivíduos (BARROS et al., 2015).

Neste contexto, surge a necessidade de um direcionamento das políticas públicas para a pessoa idosa, uma vez que, em algumas décadas esse contingente populacional ultrapassará a população de jovens ativos. Realidade que encontra no planejamento de estratégias a melhor opção para o enfrentamento dos aspectos negativos do envelhecimento (LIMA et al., 2016).

A Política Nacional do Idoso (PNI) traz no Capítulo IV a necessidade de “garantir ao idoso o direito à saúde, nos diversos níveis de assistência do SUS, atuando assim na prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde dos idosos, através programas e medidas preventivas” (BRASIL, 1994).

A garantia desses direitos em todos os níveis de atenção à saúde, se da mediante a consolidação de políticas, cumprimento dos estatutos e das diretrizes estabelecidas no pacto pela vida (YONEKURA et al., 2015). A PNI, a PNSPI e o Estatuto do Idoso são recursos para direcionar ações sociais e de saúde que asseguram os direitos da pessoa idosa e exige do estado à proteção a estes direitos. Entretanto, sabe-se que para validação dos mesmos requer esforços de toda sociedade que busca envelhecer e viver com mais saúde e com a preservação e realização desses direitos (ANDRADE et al, 2013).

Diante do contexto, percebe-se as políticas públicas como importante ferramenta para o cuidado, que, operacionalizada com tecnologias adequadas, oferecem subsídios para o cuidado integral do idoso e uma melhor QV.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, descritivo, de caráter quantitativo, de base populacional, tendo como base os dados disponíveis da PNS 2013, realizada pelo MS em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O estudo descritivo é caracterizado como método de pesquisa que tem o propósito de conhecer as características de determinada comunidade e descrevê-las. Este tipo de estudo busca, analisa e organiza os dados, de maneira segura, sem alterá-los (PRADONOV; FREITAS, 2013).

Nas pesquisas de abordagem quantitativa pode-se utilizar de diversos instrumentos para coleta e análise dos dados, sendo estas medidas importantes no desenvolver de um estudo, pois é possível identificar através da abordagem analisada mediante as características apresentadas, e proceder com planejamento, coleta e análise dos dados (PRADONOV; FREITAS, 2013).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em todo território nacional com indivíduos que residem em domicílios, tendo como base a amostra da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e do IBGE (SOUZA-JÚNIOR et al., 2015). A PNS abrange os setores censitários da base operacional geográfica do censo demográfico 2010, com exclusão apenas daqueles que

agregam número muito pequeno de domicílios e os setores censitários especiais, tais como quartéis, presídios, asilos, dentre outros (IBGE, 2013).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Constituíram a população deste estudo todos os indivíduos que participaram e responderam à pesquisa. A amostra foi composta por todos os indivíduos que se enquadram nos critérios de inclusão, que foram constituídos de idosos de 60 anos e mais e que responderam a questão norteadora. Os critérios de exclusão foram: sujeitos fora da faixa etária estabelecida. Para delimitar a amostra foi utilizada a questão norteadora: Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?. O tamanho amostral ficou definida em 23.815 idosos.

4.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram coletados diretamente no banco de dados da PNS, no mês de janeiro de 2018. Depois tabulados e apresentados sob a forma de gráficos e tabelas. Sua análise se fez por estatística descritiva, utilizando-se o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* - Versão 20.0). A seleção da variável dependente foi realizada a partir da presença autorreferida da HAS, utilizando a pergunta: Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?. As variáveis independentes (Quadro 1) foram selecionadas a partir das constantes no questionário da PNS, que estavam dispostas em 52 páginas, disponibilizado on-line e na íntegra, através do link: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Novos/Questionario%20PNS.pdf>.

Algumas variáveis foram categorizadas para melhor exibição, análise e compreensão. A idade (60 a 69; 70 a 79 e 80 e mais); escolaridade (Fundamental menor de um a quatro anos de estudos; Fundamental maior de cinco a oito anos de estudos, Segundo grau e Superior e mais); Raça/cor Branca e Não branca (preta, pardo, amarelo, indígena); Estado civil em Casado e Não casado (solteiro, viúvo, separado, divorciado). Para a análise se utilizou da proporção, média, Desvio Padrão (DP).

Quadro 1 – Questões da PNS 2013 incluídas na variável independente do estudo.

C006- sexo
C008- idade
C011- Estado Civil
D009- Qual foi o curso mais elevado que _____ frequentou anteriormente
N1- Em geral, como o(a) sr(a) avalia a sua saúde?
Q003- Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?
Q018- Em algum dos atendimentos para hipertensão, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?
Q028- Em geral, em que grau a hipertensão ou alguma complicação da hipertensão limita as suas atividades habituais?
Q63- Algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?
Q68- Algum médico já lhe deu o diagnóstico de AVC (Acidente Vascular cerebral)?

Fonte: PNS, 2013

A codificação (apresentadas por letras) das variáveis constantes no Quadro 1, são representativas dos seguintes módulos: **C** – características gerais dos indivíduos; **D** - características de educação dos indivíduos maiores de cinco anos; **N** - percepção de saúde; **Q** - doenças crônicas e diagnóstico de doenças, uso dos serviços de saúde e tratamento dos problemas.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de dados extraídos da PNS, trata-se de uma pesquisa de dados secundários, dispensando a submissão em comitê de ética. Nesta pesquisa os preceitos éticos foram preservados, no sentido de manter a fidedignidade dos dados da PNS. Ademais, destaca-se que a PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e MS sob o Parecer de nº 328.159 de 26 de junho de 2013.

5 RESULTADOS

A amostra total foi composta por 23.815 idosos, porém 12.777 idosos não responderam à pergunta norteadora ficando a amostra a ser analisada de 11.038. Deste, um total 5.524 (50,05%) referiram ter recebido o diagnóstico de HAS e 5.514 (49,95%) nunca receberam. A idade de diagnóstico autorreferida da HAS variou de um ano a 97 anos, com uma média de 53 anos (DP \pm 15,6 anos). Importante destacar que esta é uma resposta com viés de memória e entendimento.

Tabela 1 – Caracterização de idosos segundo a condição de hipertensão autorreferida – PNS 2013

Variável	Total	Hipertenso		Não hipertenso	
		n	%	n	%
Gênero					
Feminino	6.558	3.616	65,45	2.942	53,35
Masculino	4.480	1.908	34,55	2.572	46,65
Idade					
60 a 69 anos	6.153	2.917	52,80	3.236	58,69
70 a 79 anos	3.402	1.810	32,77	1.592	28,87
80 anos e mais	1.483	797	14,43	686	12,44
Estado civil					
Casado (a)	4.757	2.336	42,29	2.421	43,90
Não Casado (a)	6.281	3.188	57,71	3.093	56,10
Raça					
Branca	5.262	2.609	49,58	2.653	50,47
Não branca	5.776	2.915	50,42	2.861	49,53
Sabe ler e escrever					
Sim	8.298	4.114	74,47	4.184	75,87
Não	2.740	1.410	25,53	1.330	24,13
Escolaridade					
Fundamental menor	3.236	1.680	30,41	1.556	28,21
Fundamental maior	5.213	2.722	49,27	2.491	45,18
2º Grau	1.431	623	11,27	808	14,66
Superior e mais	1.158	499	9,05	659	11,95

Fonte: Dados da PNS 2013

Na Tabela 1 está descrita a caracterização da amostra. A HAS foi autorreferida em maior prevalência por indivíduos do sexo feminino (65,45%), com faixa etária entre 60 a 69 anos (52,80 %), de raça/cor não branca (50,42%), com destaque para a parda (40,93%). Quanto à escolaridade (74,47%) sabiam ler e escrever, entretanto, a maior parte possuíam baixa escolaridade tendo concluído apenas ensino fundamental (49,27%). Avaliando o estado civil percebeu-se que a maioria se declarou casada (42,28%).

A tabela 2 apresenta os tipos de orientações autorreferidas pelos idosos hipertensos que responderam ao questionamento se receberam orientações sobre manter uma vida saudável durante as consultas com algum profissional de saúde.

Tabela 2 – Distribuição dos hipertensos segundo as orientações recebidas pelos profissionais no tocante a manutenção de estilo de vida saudável.

Variável	Sim	%	Não	%
Prática atividade física regular	4.468	80,88	1.056	19,12
Ingestão de menos sal	5.101	92,35	423	7,65
Manutenção do peso adequado	4.729	85,60	795	14,40
Não fumar	4.223	76,55	1.301	23,55
Não beber em excesso	4.151	75,15	1.373	24,85

Fonte: Dados da PNS 2013

Essas informações denotam que os indivíduos estavam cientes sobre a relevância dos hábitos saudáveis, uma vez que, a maioria da amostra (> 4.000) referiram ter recebido orientação sobre hábitos saudáveis de vida. Observa-se uma maior prevalência na menor ingestão de sal (92,35%) e na manutenção do peso (85,60%). Importante destacar que uma parcela significativa ficou sem receber orientação.

Sabendo-se que todo agravo ocasiona implicações na vida do sujeito. Na tabela 3 estão descritas as implicações autorreferidas da HAS na vida dos idosos.

Tabela 3 – Implicação autorreferida da HAS na vida dos idosos.

Variável	Categoria	n	%
Avaliação da saúde	Muito boa	216	3,91
	Boa	1.710	30,95
	Regular	2.691	48,71
	Ruim	699	12,65
	Muito ruim	208	3,78
Limitação das atividades	Não limita	3.619	65,51
	Um pouco	1.115	20,18
	Moderadamente	530	9,60
	Intensamente	196	3,54
	Muito intensamente	64	1,15

Fonte: PNS 2013

Grande parte da amostra relata ter recebido o diagnóstico de HAS entre 30 a 59 anos, isto faz com que a maioria conviva a muito tempo com o agravo e por isto apenas 3,91% avaliam sua condição de saúde como muito boa. A maioria (48,71%) classificam como regular. Sobre as limitações decorrentes da hipertensão maior porcentagem referiram não limitar suas atividades, ou seja, apesar de serem portadores de uma enfermidade crônica não se sentem impossibilitados de realizar suas atividades.

O fato da HAS se configurar como uma doença crônica, a falta de controle leva a instalação de complicações. Na tabela 4 estão demonstradas as complicações autorreferidas decorrentes da HAS.

Tabela 4 – Distribuição das complicações autorreferidas decorrentes da HAS.

Variável	Sim	%	Não	%
Doenças do coração	784	14,20	4.740	85,80
Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	5.027	91,00	497	9,00
Acidente Vascular Encefálico (AVE)	415	7,51	5.109	92,49

Fonte: Dados da PNS 2013.

No que se diz respeito às complicações ocasionadas por HAS, observa-se que a maioria dos indivíduos possui ou referiu ter alguma complicação, destacando o infarto agudo em 91,00% dos idosos. Apesar de estar diretamente relacionado ao descontrole da HAS o AVE foi citado por apenas em 7,51%.

6 DISCUSSÃO

A ocorrência de HAS em idosos apresenta alta prevalência pelo próprio processo de envelhecimento. Este pensamento corrobora com estudos realizados por outros pesquisadores, onde se evidencia grande prevalência da HAS na população idosa pontuando mais de 50%, sendo por isso considerada um agravante de saúde na população brasileira e mundial, além de ser um dos determinantes para os elevados índices de morbidade e mortalidade (FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011; MENDES; SILVA; FERREIRA, 2018).

Percebe-se a ocorrência mais acentuada em mulheres idosas, tanto pela deficiência hormonal, como pela própria procura dos serviços de saúde. Os homens apresentam maior prevalência da HAS que as mulheres, no entanto a partir da quinta década de vida, observa-se a inversão desses valores, relacionado às maiores percas hormonais das mulheres a partir dessa faixa etária, como a maior assiduidade do sexo feminino nos serviços de saúde e conseqüentemente maiores taxas de diagnósticos das doenças. (SBH, 2010; BEZERRA; VEIGA, 2013; PIMENTA *et al.*, 2015).

No que se refere à faixa etária percebe que HAS apresenta-se em todas as faixas etária de idosos, entretanto, os dados do estudo demonstraram a predominância de idosos (60 a 69 anos), que pode ser resultante dos hábitos de vida na juventude e pelo próprio processo de envelhecimento. Esses achados corroboram com de Andrade et al. (2015) cuja maior prevalência se deu no grupo de 75 anos e mais.

Vários fatores podem desencadear o surgimento da HAS, estes podem ser fatores modificáveis e não modificáveis, sendo os modificáveis que surgem a partir do estilo de vida do individuo, tais como: uso do tabaco, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, fatores socioeconômicos, hábitos alimentares e estilo de vida sedentária, são considerados os principais fatores para o desenvolvimento da hipertensão (BRASIL, 2013b).

No tocante ao estado civil os casados tiveram maior predominância, comparado aos outros estados civis. Dantas (2013) aponta em seu estudo que indivíduos que convivem com companheiro sejam por laços matrimônias, sanguíneos ou não, segue melhor o tratamento da HAS, pois o companheiro assume um papel de cuidador, zelando pela saúde, melhor QV e maior sucesso no tratamento.

Observa-se que a maior parte dos idosos hipertensos se autodeclaravam não brancos, cujo destaque se dá na cor parda que se apresentou mais prevalente, uma explicação para este fato se encontra na miscigenação das raças no Brasil. Colóssimo et al. (2015) aponta que a cor parda recebe fortes características e genes da cor preta. Ademais se destaca o fato da raça

negra apresentar maior pré-disposição genética para o desenvolvimento da HAS (SBC; SBH; SBN, 2010).

Além do fator genético, também há de se destacar o fato de que o grupo pesquisado apresenta baixa escolaridade, e isto favorece o desconhecimento ou baixo entendimento sobre o agravo, haja vista que esta condição sugere um menor acesso as informações, limitando o conhecimento do indivíduo sobre o processo de saúde doença, autocuidado e, conseqüentemente, forma de controle e prevenção.

Ademais, sujeitos de baixa escolaridade normalmente apresentam baixa renda. Segundo Dantas (2017), sujeitos com estas características se encontram em situação de vulnerabilidade. Bezerra e Veiga (2013) corroboram afirmando que a baixa escolaridade se constitui fator de risco para controle da hipertensão caracterizado com uma barreira para entendimento e adequação de hábitos de vida saudáveis.

Os hábitos de vida influenciam diretamente para controle da HAS, por isto é fundamental a adesão dos pacientes ao tratamento não medicamentoso e receber informações da equipe, de forma que o sujeito possa se empoderar e cuidar de si mesmo. Neste estudo, as principais orientações recebidas pelos profissionais de saúde estavam relacionadas a mudanças nos hábitos de vida e práticas saudáveis. Para Rego (2011) compreender sua condição e realizar mudanças, são requisitos necessários para prevenção de complicações e controle da patologia.

Destaca-se ainda que uma parcela significativa de idosos deixaram de receber orientação adequada durante as consultas, o que reflete uma fragilidade no atendimento ao idoso hipertenso. Dantas (2013) encontrou em seu estudo que as consultas médicas ou de enfermeiros, eram realizadas de forma rápida e focadas apenas na queixa atual e na distribuição de medicamentos, faltando espaço para a conversa e o vínculo, negligenciando pontos fundamentais para o controle e adesão ao tratamento.

Sabe-se que o tratamento não medicamentoso para o controle da HAS envolve, sobretudo, mudanças no estilo de vida (MEV), a partir do incentivo e sensibilização dos usuários quanto à importância de adotarem comportamentos saudáveis. Neste estudo as orientações autorreferidas pelos idosos abordaram o não consumo de álcool e fumo, condições essenciais para se manter o controle da pressão e uma melhor QV.

O álcool dificulta o controle da HAS e sua redução deve ser constantemente incentivada. Já em relação ao tabagismo, apesar desta prática ser um grande fator de risco para doenças cardiovasculares sua associação enquanto fator de risco para a HAS ainda não está perfeitamente definida. Costa et al. (2009), encontraram, a partir de um estudo realizado

com 9.038 idosos residentes em domicílio, que o tabagismo foi o único comportamento de risco com menor prevalência entre os hipertensos e, embora a cessação deste seja recomendada, não reduz significativamente a pressão arterial.

Outras orientações autorreferidas foram à prática de exercícios físicos, menor ingestão de sal e manutenção do peso adequado. Percebe-se que os indivíduos receberam orientação sobre a prática de exercícios físicos, no entanto ainda há uma baixa adesão por parte dos indivíduos.

Rego (2011) afirma que a prática contínua de atividades físicas, promove diversos benefícios para as pessoas da terceira idade, e de importância no controle de DCNT. Além disto, contribui para menor risco de quedas e fraturas, aumento da força, melhor disposição para realizar atividades da vida diária e aumento da autonomia e independência na realização das atividades. Carvalho (2016) afirma que os sedentários apresentam maior prevalência de doenças crônicas. O estudo de Oliveira-Segundo et al. (2015), revela que a maioria dos indivíduos com mais de 60 anos possuem sobrepeso ou obesidade e tem diagnóstico de hipertensão. Estudos realizados em outros países reafirmam esses achados e caracterizam a obesidade como fator de risco para doenças cardiovasculares (MARTINES et al., 2013).

Diante disso, se faz necessário a conscientização dessa população através de medidas educativas. Elas buscam o estabelecimento de um estilo de vida saudável com ênfase na dieta, prática de atividades físicas e abandono de hábitos nocivos como fumo e álcool (SBC; SBH, 2010; MALACHIAS et al., 2016).

A educação em saúde é um importante instrumento na construção de saberes, além de favorecer o diálogo entre profissionais e usuários, possibilitando o empoderamento da população, de forma que entendam sua condição de saúde e possíveis limitações, favorecendo o seu autocuidado (BRASIL, 2013c).

Os profissionais da Atenção Básica (AB) exercem um papel fundamental nas ações de diagnóstico, controle e prevenção de agravos das DCNT, cuja atuação multiprofissional oferece assistência em saúde a toda comunidade. O hiperdia, antigo programa da AB que visava à busca e o acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos, era alimentado mensalmente a partir do mapeamento e cadastro dos usuários da área adscrita. Sua alimentação permitia a programação da distribuição de medicamentos, mapeamento dos níveis pressóricos e ações de educação em saúde. (BRASIL, 2011)

Tinha como foco atenção individualizada e centrada nas necessidades dos usuários buscando o controle da hipertensão e prevenção de agravos. Apesar da existência desse programa, atualmente desabilitado, das ações despertadas por ele e da HAS ser passível de

controle por métodos medicamentosos e não medicamentosos, menos de 50% dos hipertensos obtêm controle (BRASIL, 2013b). A falta de controle da hipertensão acarreta prejuízos aos indivíduos como também comprometimento no seu estado saúde, aumentando consideravelmente as chances de complicações cardiovasculares.

Mesmo estando sob a condição de um agravo e das implicações de seu tratamento, os indivíduos avaliam sua saúde a partir da forma como eles veem e vivem o seu processo de adoecimento, e isso reflete em uma avaliação que vai de boa a regular. Resultados que corroboram com os achados de Borges et al. (2014) que afirma em seu estudo que apesar de serem portadores de alguma doença crônica, não se consideram doentes. Agostinho et al. (2010) reforça que isto se dá por não apresentarem sinais e/ou sintomas e incapacidades decorrentes da enfermidade. Dantas (2017) destaca a importância de se buscar entender o sujeito no seu contexto sócio-econômico-cultural e na sua forma de viver e pensar a saúde, com a utilização de estratégias que visibilize estas condições.

Mantovani, Lucca e Neri (2015) em seu estudo sobre autoavaliação negativa da saúde em idosos de cidades com diferentes níveis econômicos, constaram que os idosos de pouca escolaridade, baixa renda e com mais históricos de internações hospitalares uma maior avaliação negativa de sua saúde. Dessa maneira, a avaliação de saúde pelos os idosos não estar necessariamente ligada só à presença de doenças, mas um contexto multidimensional de fatores biológicos, econômicos e sociais, demonstrando que a avaliação da saúde é algo relativo a cada indivíduo, e depende da percepção do seu estado de saúde e do quanto afeta sua autonomia e independência na realização das atividades diárias, o que determina sua capacidade funcional.

A capacidade funcional é caracterizada como a habilidade que o indivíduo possui para a execução de atividades que possibilitam o autocuidado e viver de forma independente. Sua mensuração é tida como um importante instrumento para avaliação de saúde do idoso e quanto a presença de morbidade afeta sua QV (AIRES; PASKULIN; MORAES, 2010).

Na avaliação da capacidade funcional são avaliados as atividades básicas de vida Diária (ABVD) que estão relacionadas ao autocuidado, tais como: se alimentar, tomar banho e vestir-se; e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que equivalem às habilidades de locomoção e atividades para manutenção do ambiente, que envolvem tarefas mais complexas; e aquelas relacionadas à participação social do sujeito, como: fazer compras, atender o telefone e utilizar meios de transporte (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009).

Neste estudo ficou evidente que a HAS não limita a realização das atividades diárias, e isto pode estar relacionado ao fato deste agravo ser assintomático e não causar

alterações físicas limitantes. Pinto et al. (2016), destacam que a maioria dos idosos portadores de alguma doença crônica possui independência e são capazes de realizar as atividades da vida diária, entretanto aqueles que possuem duas ou mais enfermidades associadas conforme aponta Tavares (2012), tem maior comprometimento da capacidade funcional, necessitando de maior suporte para realização de suas atividades cotidianas e apresentam menores escores de QV.

Diante disso, observa-se a importância de medidas para controle e manutenção de níveis pressóricos adequados, visto que a hipertensão é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares e outras comorbidades, o que gera incapacidades e prejuízos à vida dos indivíduos. Estas condições fazem com que a HAS desponte como um dos principais problemas de saúde pública, já que apresenta elevada taxa de morbimortalidade e de custos com seu tratamento. Borim, Guariento e Almeida (2011), corroboram afirmando que além destes fatores a HAS apresenta alto risco de comorbidades.

Neste estudo o IAM, foi a complicação mais prevalente, sua alta ocorrência como complicação da HAS na população idosa é afirmado no estudo de Pinheiro (2012). De acordo com dados do Brasil (2013d) representa 29,4% das mortes anuais no Brasil. O AVE, teve menor prevalência. Essas patologias são apontadas como complicações, mas destacam-se também como comorbidades. O IAM é considerado uma complicação de alta mortalidade e o AVE como um agravo de alto grau incapacitante, se apresenta como a principal causa de morte e incapacidade, e a população idosa se classifica entre as principais faixas etárias de acometimento da doença.

Dados do estudo prospectivo nacional indicaram uma incidência anual do AVE de 108 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2013e). A HAS destaca-se como fator de risco contribuindo para desencadeamento do AVE, entre outras patologias (MENDONÇA; LIMA; OLIVEIRA, 2012). Apesar desta condição, a AVE foi a complicação menos autorreferida neste estudo.

Diante do exposto é notória a importância da adoção de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, minimizando as consequências decorrentes da hipertensão, especialmente em relação aos números de internações hospitalares e gastos de saúde relacionados a essa enfermidade.

No que se refere às limitações deste estudo, pode-se destacar que por se tratar de base de dados representativa da população em geral, e os dados de diagnóstico ser autorreferidos, pode provavelmente existir sub-registros. Além disso, devido amostra estudada ser tratar de

idosos e muitas vezes haver a falta de compreensão de algumas questões por essa população, implica em achados subestimem a verdadeira prevalência da hipertensão.

7 CONCLUSÃO

A alta prevalência de indivíduos com HAS demonstra a magnitude dessa enfermidade configurando-a como problema de saúde pública mundial. Os idosos se configuram como o grupo etário mais acometido por essa doença, devido a sua maior susceptibilidade e o próprio processo de envelhecimento que favorece o desencadeamento de doenças crônicas.

São notórios os avanços conquistados ao longo dos anos no tratamento da HAS como também, o direcionamento de ações de saúde voltadas aos hipertensos. No entanto, essa doença ainda possui baixas taxas de controle e como reflexo disso observa-se altos índices de internações por suas complicações, e também elevados gastos públicos de saúde.

As condições de vida e os fatores sociodemográficos exercem um importante papel no controle da HAS. Ademais, condições sociais vulneráveis implicam no menor entendimento dos indivíduos sobre a doença e condição de saúde, contribuindo para baixa adesão ao tratamento e controle.

Esta realidade se constitui um desafio para os profissionais que compõem a atenção primária à saúde, esses profissionais exercem papel primordial dentro da sua área de abrangência, trabalhando a promoção, prevenção e recuperação da saúde na sua comunidade. De forma, que o indivíduo possa se sensibilizar sobre sua condição e buscar o melhor autocuidado.

As contribuições deste estudo poderão subsidiar a discussão sobre a questão da hipertensão no Brasil e sua magnitude na população, como também sensibilizar os gestores e profissionais da saúde quanto ao rastreamento e controle e melhor de direcionamento de políticas públicas e programas voltados aos hipertensos.

REFERENCIAS

AIRES, M; PASKULIN, L. M G; DE MORAIS, E. P. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 11-17, 2010.

AGOSTINHO, M. R. et al. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 5, n. 17, p. 9-15, 2010.

AMARAL, R. C. **Qualidade de vida do paciente transplantado renal submetido à ampliação vesical**. 2009. Dissertação (Mestrado em Nefrologia) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

ANDRADE, L. M et al. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. V.18, n.12, pp.3543-3552. 2013.

ANDRADE, O. A. et al. Prevalência da hipertensão arterial e fatores associados em idosos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.27, n.3, julho/sete, pp. 303-311.2014.

ANDRADE, S. S. A et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 297-304, 2015.

BARROS, I. F. O et al. Internações hospitalares por quedas em idosos brasileiros e os custos correspondentes no âmbito do sistema único de saúde. **Revista Kairós Gerontologia**, v.18, n.4, p.63-80, 2015.

BERARDINELLI, L. M. M et al. Identificando vulnerabilidade para complicações cardiovasculares em idosos: uma estratégia para o cuidado; **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, RJ v.19, n.4, p. 541-6, 2011.

BEZERRA, S. M. M. S; VEIGA, E. V. Qualidade de vida entre pessoas com hipertensão arterial atendidos em unidades de estratégias de saúde da família. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 7, n. 12, p. 7055-7063, 2013.

BORGES, A. M et al. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 79-86, 2014.

BORIM F. S. A; GUARIENTO M. E; ALMEIDA E. A. Perfil de adultos e idosos hipertensos em unidade básica de saúde. **Rev Soc Bras Clín Méd.** v.9 n.2. 107-11 p. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília- DF, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** 2013a.

BRASIL. **LEI nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994** Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília. 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília, 2013b.

BRASIL. Gabinete do Ministro **Portaria nº 2.761, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013** Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS).2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no sistema único de saúde (SUS).** p. 84. 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral.** Brasília-DF, 2013e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria e vigilância em saúde. Departamento de análise de situação de saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** [Internet]. Brasília – DF. 2011

CAMACHO, A. C. L. F; COELHO, M.J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev Bras Enferm** V. 2 n.63, p 279-784. 2010.

CARVALHO M. V et al. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arq. Bras. Cardiol.** V.100, n.2 p.164-74. 2013.

CARVALHO, C. J et al. Altas taxas de sedentarismo e fatores de risco cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial resistente. **Medicina (Ribeirão Preto)** v.49, n.2 p.124-133, 2016.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. vol.45, p.1763-1768. 2011.

COLÓSIMO, F. C et al. Hipertensão arterial e fatores associados em pessoas submetidas à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 201-208, 2015.

COSTA, M. F. F. L et al. Comportamento em saúde entre idosos hipertensos, Brasil 2009. **Revista de saúde pública**, v. 43, n.2 p.18-26, 2009.

DANTAS R. C. O. **Saúde do homem e o controle da pressão arterial em usuários hipertensos no nível da atenção primária a saúde.** [Dissertação]. João Pessoa-PB: Universidade Federal da Paraíba-UFPB; 2013.

DANTAS, R. C. O. **Estratégia Para O Cuidar Interprofissional da hipertensão arterial na atenção primária à saúde.** Tese (Doutorado). 190fs. Natal-RN: Universidade Federal do Rio Grande do norte- UFRN; 2017.

DEL DUCA, G.F, SILVA, M.C, HALLAL P.C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev Saúde Pública. [Internet]**. V.43, n.5, pp.796-805. 2009.

FILHA, F. S. S. C; NOGUEIRA, L.T; VIANA, L. M. M. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. **Rev. Rene.** Fortaleza, v. 12 p. 930-6, 2011.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas não transmissíveis.** 2013.

IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**, 2016.

LIMA, M. G. et al. Estudo comparativo da morbimortalidade entre idosos no estado da Paraíba. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 6, n. 4, p. 10-21, 2016.

LIMA, P. V; VALENÇA, T. D. C; REIS, L. A. Envelhecer com dependência funcional: construindo estratégias de enfrentamento **Rev Pesq Saúde**, v. 17, n.2 p. 96-101, mai-ago, 2016.

LOPES, F. A. M; MONTANHOLI, L. L; SILVA, J M L; OLIVEIRA, F A. Perfil epidemiológico em idosos assistidos pela Estratégia saúde da família. **REAS [Internet]** v. 3 n. 1. p 84-94, 2014.

MALACHIAS, M. V. B et al . 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 107, n. 3, supl. 3, p. 14-17. 2016.

MALTA, D. C et al. Resultados do monitoramento dos Fatores de risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis nas capitais brasileiras por inquérito telefônico, 2008. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, n. 3, p. 639–650, 2012.

MALTA, D. C; SILVA JR, J. B. O Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 22 n.1, p 151-164, jan-mar 2013.

MANGIN, D. Multimorbidity and quaternary prevention (P4). **Rev Bras Med Fam**, v. 10,n. June, p. 1–5, 2015.

MANTOVANI, E. P; LUCCA, S. R; NERI, A. L. Autoavaliação negativa de saúde em idosos de cidades com diferentes níveis de bem-estar econômico: dados do estudo FIBRA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3653-3668, 2015.

MARTIRES, M. A. R, et al .Obesidade em idosos com hipertensão arterial sistêmica. **Texto contexto - enferm.[online]**., v. 22, n.3, p.797-803. 2013.

MENDES, F. A; SILVA, M. P; FERREIRA C. R. S. Diagnósticos de enfermagem em portadores de hipertensão arterial na atenção primária. **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 8, n. 1, p. 91-101, 2018.

MENDES, G. S; MORAES, C. F; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.9 n. 32 p273-278 2014.

MENDONÇA, L. B. A; LIMA, F. E. T; OLIVEIRA, S. K. P. Acidente vascular encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes?. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 340-346, 2012.

OLIVEIRA-CAMPOS, M et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 3, 873-882. 2013.

OLIVEIRA-SEGUNDO, V. H et al. Perfil Nutricional E Prevalência De Hipertensão Em Idosos Participantes De Um Programa De Exercício Físico. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 16, n. 1, 2015

PASQUALOTTO, K; ALBERTON, D; FRIGERI, H. Diabetes Mellitus e complicações. **Journal of Biotechnology and Biodiversity**. V. 3, n.4. p. 134-145, Novembro, 2012.

PEIXOTO, G; SILVA, R. Estratégias educativas ao portador de Diabetes Mellitus: Revisão Sistemática. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 13, n. 1, p. 74-81, 2011.

PETERMANN. et al. Epidemiologia e cuidado à diabetes mellitus praticado na atenção primária de saúde: uma revisão narrativa. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 41, n.1, Jan./Jul, p. 49-56, 2015.

PILGER, C et al. Compreensão Sobre O Envelhecimento E Ações Desenvolvidas Pelo Enfermeiro Na Atenção Primária À Saúde. **Cienc Enferm Concepción** , v. 19, n. 1, p. 61-73, 2013.

PILLON, S. C et al. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial: álcool e outras drogas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ v. 14, n. 4, p. 742-8, Dez. 2010.

PIMENTA, F. B. et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2489-2498, 2015.

PINHEIRO, R. H. O et al. Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio em pacientes idosos cadastrados no programa hiperdia. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 1, 2013.

PINHO, L; AGUIAR A. P. S; OLIVEIRA M R; BARRETO N A P; FERREIRA CMM. Hipertensão e dislipidemia em pacientes diabetes mellitus tipo 2: uma revisão integrativa. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**. v.4 n.1 p.87- 101. 2015.

PINTO, A. H et al. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3545-3555, 2016.

PINTO, M. T; PICHON-RIVIERE, A; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p.1283-1297, 2015.

PORCIÚNCULA, R.C.R. et al Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, nordeste do Brasil. **Rev bras geriatr gerontol**. v. 17 n.2 p 315-25. 2014.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2 ed. Editora Feevale, 2013.

REGO, A. R. F. **Qualidade de Vida de pacientes hipertensos e hipertenso-diabéticos**. Dissertação do Curso de Mestrado em Saúde Pública. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande: 2011.

SALIVE, M. E. Multimorbidity in older adults. **Epidemiol Rev**, v. 35, p. 75–83, 2013.

SANTOS, J. C; MOREIRA, T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev Esc Enferm USP**, V.46, n. p.1125-1132. 2012.

SANTOS, M, et al. Medicina Preventiva: A promoção do autocuidado como ferramenta para a prevenção do surgimento do pé diabético. *Revista Ciências da Saúde Nova Esperança*, 2013.

SILVA, J. V. F, et al. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**. V.2, n.3, p.91-100, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade brasileira de hipertensão. Sociedade brasileira de nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol. [online]** v.95, n.1, suppl.1. 2010.

TAVARES, M. S; DIAS. D; APARECIDA, F. Capacidade Funcional, Morbidades E Qualidade De Vida De Idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, p112-120, 2012.

VASCONCELOS, A. M. N; GOMES M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol Serv Saúde**. V. 21, n. 4, p. 539-48. 2012.

VASCONCELOS, M. I. O et al. Educação em saúde na atenção básica: uma análise das ações com hipertensos. **Revista de Atencao Primaria a Saude**, v. 20, n. 2, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants**. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases**. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2014 [Internet]**. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The top 10 causes of death**. 2015.

YONEKURA, T et al. A atenção à saúde do idoso nos serviços brasileiros de urgência: uma revisão integrativa. **Rev. Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 1, p.19- 22, 2015.