

Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos

The Bambui Health and Aging Study (BHAS): factors associated with awareness of hypertension among older adults

Josélia Oliveira Araújo Firmo ¹
Elizabeth Uchôa ¹
Maria Fernanda Lima-Costa ¹

¹ Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz/ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Correspondência
Josélia Oliveira Araújo Firmo
Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz/ Universidade Federal de Minas Gerais.
Av. Augusto de Lima 1715, Belo Horizonte, MG 30190-002, Brasil.
firmoj@cpqrr.fiocruz.br

Abstract

This study aimed to assess factors associated with awareness of hypertension among older adults living in the community. All the 919 hypertensive participants (aged: 60 years) from the baseline cohort in Bambuí, Minas Gerais State, Brazil, were selected. 76.6% of these individuals did not know that they were hypertensive. The following variables showed both a positive and independent association with awareness of being hypertensive: female gender (OR = 2.04; 1.45-2.87); health perception as bad/very bad (OR = 1.93; 1.16-3.20); attempt to lose weight in the last 12 months (OR = 1.86; 1.14-3.04); number of visits to a doctor during this period (1-3: OR = 2.14; 1.34-3.41; 4: OR = 2.23; 1.76-5.03), and less time elapsed since the last blood pressure measurement (OR = 2.97; 1.69-4.93). A negative association was found for age 80 years (OR = 0.40; 0.24-0.68). These results call our attention to the importance of: 1) access to health services by senior citizens, so that their hypertension is diagnosed and treated and 2) information provided by the health care service, so that individuals are aware of being hypertensive and can receive satisfactory treatment.

Aged; Hypertension; Knowledge

Introdução

O envelhecimento populacional tem sido a mudança demográfica mais marcante observada na maioria dos países do mundo, ocorrendo de forma mais acentuada em países em desenvolvimento. Estima-se que em 2025 cerca de dois terços dos idosos do mundo estarão residindo em países em desenvolvimento ^{1,2}. No Brasil, nos últimos dez anos, a população com idade igual ou superior a sessenta anos aumentou 2,5 vezes mais (35%) do que a população mais jovem (14%) ^{3,4}.

O envelhecimento da população acarreta significativo aumento da carga das doenças cardiovasculares ^{5,6}. No Brasil, as doenças do aparelho circulatório constituem a principal causa de morte entre idosos, correspondendo a cerca de 40% dos óbitos desta população. Dentre estas, as doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração são as duas causas mais frequentes de óbitos ⁶. A hipertensão arterial é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, particularmente entre idosos ^{7,8,9}, sendo a causa modificável mais importante na morbidade e mortalidade cardiovasculares ⁹.

A identificação de hipertensos residentes na comunidade e seu tratamento adequado são componentes essenciais para o sucesso de programas de saúde pública, visando o controle da hipertensão arterial. Um dos determinan-

tes da busca do tratamento é o conhecimento da condição de hipertenso. Estudos de base populacional realizados em países desenvolvidos e em desenvolvimento mostram que cerca de 1/4 a 1/3 dos hipertensos não sabiam dessa sua condição^{10,11,12,13,14,15}. A definição dos fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso é muito importante para orientar estratégias adequadas ao controle da hipertensão arterial. Entretanto, estudos que investigam os fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso na população idosa são raros^{11,16}.

O Projeto Bambuí é um estudo de coorte de base populacional da população idosa residente na cidade de Bambuí, Minas Gerais⁶. Na linha de base desta coorte, a prevalência da hipertensão arterial era alta (62%) e somente 63% dos idosos hipertensos estavam sendo tratados¹⁷. Essa população apresenta prevalência da hipertensão semelhante ao observado em outras comunidades (61,5%), estando 62,9% dos hipertensos em tratamento e destes, 27,0% apresentando pressão sistólica < 140mmHg e pressão diastólica < 90mmHg. O presente trabalho é parte da linha de base da coorte de Bambuí e foi desenvolvido com o objetivo de determinar os fatores (sócio-demográficos, hábitos de vida, indicadores da condição de saúde, uso de serviços de saúde e uso de medicamentos) associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos residentes na comunidade.

Metodologia

Área estudada

O Município de Bambuí possuía 20.573 habitantes em 1991, 15.032 (73%) dos quais vivendo na sua sede (cidade de Bambuí)³. As principais causas de morte neste município em 1996 eram as doenças cerebrovasculares (CID-10: I60-I69), doença de Chagas (CID-10: B57), doenças isquêmicas do coração (CID-10: I20-I25) e doença pulmonar obstrutiva crônica (CID-10: J43-J44), com taxas de mortalidade iguais a 110,0, 61,4, 42,5 e 18,9 por 100 mil habitantes, respectivamente¹⁸. Bambuí foi uma importante área endêmica para doença de Chagas. Apesar da transmissão da infecção pelo *Trypanosoma cruzi* ter sido interrompida há cerca de vinte anos, a prevalência da infecção permanece alta na população idosa devido a efeito de coorte¹⁹.

População estudada

Os participantes da coorte foram identificados por meio de um censo completo da cidade de Bambuí, conduzido pela nossa equipe entre novembro e dezembro de 1996. Todos os residentes com sessenta ou mais anos de idade foram selecionados para o estudo (1.742 habitantes). Destes, 1.606 (92,2%) foram entrevistados e 1.494 (85,8%) foram submetidos a exames físicos e laboratoriais. Os participantes da linha de base eram semelhantes à população da cidade nesta faixa etária em relação a todas as características sócio-demográficas consideradas, tais como: sexo, idade, renda, escolaridade, etc.⁷. Para o presente trabalho foram selecionados todos os participantes da linha de base da coorte de Bambuí identificados como hipertensos (n = 909).

Medidas de pressão arterial

As medidas de pressão arterial foram realizadas no Posto Avançado de Estudos Emmanuel Dias, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em Bambuí, por técnicos treinados. O treinamento dos técnicos incluiu a utilização de vídeos, ausculta dupla e exercícios para aferição de variabilidade inter e intra-observadores.

Foram realizadas três medidas de pressão arterial, após cinco minutos de descanso, a intervalos de dois minutos, com o indivíduo sentado e com o braço em repouso, na altura do coração. Essas medidas foram realizadas em um recinto isolado, silencioso e com temperatura ambiente controlada. A primeira medida foi feita após pelo menos trinta minutos sem ingestão de café e/ou uso de cigarro. A pressão arterial foi considerada como a média da segunda e terceira medidas^{20,21}. Os seguintes instrumentos foram utilizados: esfigmomanômetros Tycos' 5097 30 (Estados Unidos) e estetoscópios Littman's Cardiology II (Estados Unidos).

Foram considerados hipertensos aqueles que: (1) apresentaram pressão sistólica 140 mmHg e/ou pressão diastólica 90mmHg²⁰ e/ou (2) relataram o uso de medicamentos para hipertensão nos últimos noventa dias. As seguintes classes terapêuticas foram consideradas: beta bloqueador, diurético, bloqueador dos canais de cálcio, inibidor da enzima conversora da angiotensina, antagonista da enzima conversora da angiotensina, alfa bloqueador central e/ou vasodilatador^{17,22}.

Variável dependente

A variável dependente deste estudo foi o conhecimento da condição de hipertenso. Considerou-se que sabia ser hipertenso aquele que respondeu afirmativamente à pergunta: “*algum médico ou profissional de saúde já disse que o(a) senhor(a) tinha pressão alta ou hipertensão?*”.

Variáveis independentes

As variáveis independentes deste estudo foram: (1) características sócio-demográficas (idade, sexo, escolaridade, estado civil e viver só); (2) hábitos de vida (consumo atual de cigarros, frequência de consumo atual de bebidas alcoólicas, consumo diário de frutas e vegetais frescos nos últimos 12 meses, prática de atividades físicas nas horas de lazer nos últimos noventa dias e tentativa de perder peso nos últimos 12 meses); (3) indicadores de condição de saúde (relato de diagnóstico médico de diabetes, de angina *pectoris*, de infarto do miocárdio, história familiar de doenças cardiovasculares antes dos cinquenta anos de idade, ter estado acamado nas últimas duas semanas, ter deixado de realizar atividade habitual por problemas de saúde nas últimas duas semanas e percepção da própria saúde nos últimos seis meses); (4) uso de serviços de saúde (tempo decorrido após a última medida de pressão arterial, número de consultas médicas nos últimos 12 meses, número de internações hospitalares nos últimos 12 meses); (5) uso de medicamentos (número de medicamentos, prescritos e não prescritos, utilizados nos últimos noventa dias, excluindo-se os medicamentos para hipertensão) e (6) outros (necessidade de respondente próximo na entrevista, presença de cuidador em caso de doença e filiação a plano privado de saúde). Além desses, foram também considerados: índice de massa corporal (peso/altura²), colesterol total após jejum de 12 horas e sorologia para o *T. cruzi*.

As informações correspondentes aos itens 1 a 6 foram obtidas por meio de entrevistas. As entrevistas foram realizadas no domicílio do participante utilizando-se perguntas estruturadas e pré-codificadas. Os entrevistadores eram moradores da cidade de Bambuí, com pelo menos 11 anos de escolaridade e foram treinados pela equipe do projeto. Quando o entrevistado estava impossibilitado de responder à entrevista devido a déficit cognitivo ou a algum problema de saúde, um respondente próximo adequado foi utilizado ⁷.

As medidas antropométricas e a coleta de sangue após jejum de 12 horas foram realiza-

das no Posto Avançado de Estudos Emmanuel Dias, em Bambuí. As medidas antropométricas foram realizadas por técnicos especialmente treinados, com os indivíduos usando roupas leves, utilizando-se balança e antropômetro padronizados (CMS Portable Stadiometer Kit, Reino Unido). Para o presente trabalho foram considerados o peso e a altura para a determinação do índice de massa corporal (peso/altura²). A determinação do nível de colesterol foi feita após jejum de 12 horas, utilizando-se o aparelho Eclipse Vitalab (Merck, Holanda). A presença de anticorpos para o *T. cruzi* foi determinada por meio das reações de hemaglutinação indireta (Biolab) e ELISA (Abbott, Brasil), considerando-se positivos aqueles que apresentaram anticorpos em ambos os exames. Maiores detalhes podem ser vistos em publicação anterior ⁷.

Análise dos dados

As características dos indivíduos que sabiam ser hipertensos foram comparadas às daqueles que desconheciam esta condição. A análise bivariada dos dados foi baseada no teste do qui-quadrado de Pearson ou no teste do qui-quadrado para tendências lineares ²³. Na análise multivariada, as *odds ratios* e respectivos intervalos de confiança obtidos pelo método de Wolff ²⁴ foram calculados utilizando-se o método de regressão logística múltipla ²⁵. O critério para inclusão de variáveis no modelo logístico inicial foi a associação com o conhecimento da condição de hipertenso na análise univariada em nível inferior a 0,20 ²⁶. Foram mantidas no modelo logístico final as variáveis que apresentaram associações com o conhecimento da condição de hipertenso em nível inferior a 0,05. As análises foram feitas utilizando-se o programa Stata.

Resultados

Participaram deste estudo 1.494 idosos, que correspondem a 85,8% de todos os residentes na cidade de Bambuí com sessenta ou mais anos de idade. Destes, 919 (61,5%) foram classificados como hipertensos, sendo que 215 (23,4%) não sabiam ser hipertensos.

Entre os hipertensos, 248 (27,0%) apresentavam pressão sistólica < 140mmHg e pressão diastólica < 90mmHg, 570 (62,0%) apresentavam pressão sistólica entre 140 e 159mmHg e/ou pressão diastólica entre 90 e 99mmHg e 101 (11,0%) apresentavam pressão sistólica 160mmHg e/ou pressão diastólica 100mmHg.

Cerca de 1/3 dos hipertensos (37,1%), não estavam sendo tratados para hipertensão arterial.

A distribuição do conhecimento da condição de hipertenso entre idosos, de acordo com características sócio-demográficas está apresentada na Tabela 1. Somente sexo e faixa etária apresentaram associações significantes com saber ser hipertenso.

A existência de um cuidador informal quando necessário não apresentou associação com conhecer (94,7%) ou não (93,5%) a condição de hipertenso ($p = 0,475$).

Com relação a hábitos de vida, o saber ser hipertenso esteve significativamente associado à frequência de consumo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses e à tentativa de perder peso neste período (Tabela 2).

A associação entre a distribuição do conhecimento da condição de hipertenso e alguns indicadores de condição de saúde pode ser observada na Tabela 3. Percepção da própria saúde, ter estado acamado nas últimas duas semanas, ter deixado de realizar alguma atividade habitual por problemas de saúde nas duas últimas semanas, história médica de diabetes, de Angina *pectoris e/ou* infarto do miocárdio, história familiar de doenças cardiovasculares antes dos cinquenta anos de idade, índice de massa corporal e soropositividade para o *T. cruzi* apresentaram associações significantes com saber ser hipertenso.

A Tabela 4 apresenta a distribuição do conhecimento da condição de hipertenso entre idosos, segundo o uso de serviços de saúde, de medicamentos e filiação a plano privado de saúde. Número de consultas médicas nos últimos 12 meses, número de medicamentos (exceto anti-hipertensivos) usados nos últimos três meses, tempo decorrido após a última medida de pressão arterial e filiação a plano privado de saúde apresentaram associações significantes com saber ser hipertenso.

Após ajustamento por variáveis de confusão, as seguintes características permaneceram significantes e positivamente associadas ao conhecimento da condição de hipertenso: sexo feminino (OR = 2,04; IC95% = 1,45-2,87), tentativa de perder peso nos últimos 12 meses (OR = 1,86; IC95% = 1,14-3,04), percepção da saúde como ruim (OR = 1,93; IC95% = 1,16-3,20), menor tempo (< 1 ano) decorrido após a última medida da pressão arterial (OR = 2,97; IC95% = 1,76-5,03) e número de consultas médicas (1-3 e 4) nos últimos 12 meses (OR = 2,14; IC95% = 1,34-3,41 e OR = 2,23; IC95% = 1,28-3,86, respectivamente). Associação significativa e negativa foi encontrada para faixa etária 80 anos (OR = 0,40; IC95% = 0,24-0,68) (Tabela 5).

Discussão

Os resultados deste trabalho mostram uma alta prevalência do desconhecimento da condição de hipertenso entre idosos residentes na comunidade. A prevalência encontrada (23,4%) foi semelhante às observadas em estudos utilizando a mesma metodologia na Holanda (20,0%)²⁷ e na Espanha (26,0%)²⁸, e inferior ao observado em estudos conduzidos na Índia (55,0%)¹⁶, Israel (50,0%)²⁹, Estados Unidos (37,0%)¹¹ e Itália (34,0%)³⁰.

Pelo nosso conhecimento, são raros os estudos que investigaram os fatores associados ao conhecimento da hipertensão arterial entre idosos residentes na comunidade. Um desses trabalhos foi desenvolvido em cinco estados do Sudoeste dos Estados Unidos, em uma amostra representativa de 3 mil mexicanos com 65 ou mais anos de idade¹¹. As seguintes características apresentaram associações independentes

Tabela 1

Distribuição do conhecimento da condição de hipertenso entre idosos, segundo características sociodemográficas selecionadas. Bambuí, Minas Gerais, Brasil, 1997.

Variáveis	Sabia ser hipertenso (%)	
	Sim (n = 704)	Não (n = 215)
Sexo		
Masculino	29,3	53,0
Feminino	70,7	47,0
		p < 0,001
Faixa etária (em anos)		
60-69	59,5	55,8
70-79	32,2	30,2
80	8,3	14,0
		p* < 0,001
Estado civil		
Casado/mora junto	47,0	49,8
Solteiro/divorciado/separado	14,8	20,0
Viúvo	38,2	30,2
		p = 0,051
Escolaridade (em anos)		
Nunca estudou	32,8	33,5
1-3	33,9	26,5
4-7	26,6	31,6
8	6,7	8,4
		p* = 0,180
Morar só		
Não	18,2	17,3
Sim	81,8	82,7
		p = 0,753

p = teste do Qui-quadrado de Pearson;

p* = teste do Qui-quadrado para tendências lineares.

Tabela 2

Distribuição do conhecimento da condição de hipertenso entre idosos, segundo hábitos de vida selecionados. Bambuí, Minas Gerais, Brasil, 1997.

Variáveis	Sabia ser hipertenso (%)	
	Sim (n = 704)	Não (n = 215)
Fuma atualmente		
Não	85,2	80,0
Sim	14,8	20,0
	p = 0,067	
Consumo 5 doses diárias de bebida alcoólica nos últimos 12 meses		
Não bebeu nos últimos 12 meses	93,3	84,2
< 1 vez/semestre - < 1 vez/mês	3,0	7,0
3 vezes/mês - 2 vezes/semana	2,8	5,6
3 vezes/semana	0,9	3,2
	p < 0,001	
Prática de atividades físicas durante períodos de lazer¹ nos últimos 90 dias		
Não	86,6	85,1
Sim	13,4	14,9
	p = 0,586	
Consumo diário de frutas e vegetais frescos		
Não	49,2	55,4
Sim	50,8	44,6
	p = 0,111	
Tentativa de perder peso nos últimos 12 meses		
Não	76,8	88,8
Sim	23,2	11,2
	p < 0,001	

p = teste do Qui-quadrado de Pearson;

¹ por pelo menos 3 vezes por semana, 20-30 minutos.

com o conhecimento da condição de hipertenso: história positiva de doenças cardiovasculares, percepção da própria saúde como ruim, ausência de fonte regular de cuidados médicos, não estar casado, sexo feminino e ter visitado mais o médico no último ano (duas ou mais vezes). O outro trabalho foi realizado em uma amostra representativa de 1.023 idosos (sessenta ou mais anos de idade), residentes em cinco cidades de Bangladesh e Índia. Neste trabalho verificou-se que uma ou mais visitas ao médico no último ano, maior escolaridade (10 ou mais anos) e sexo feminino apresentavam associações independentes com o conhecimento da condição de hipertenso ¹⁶.

De uma maneira geral, os resultados do presente trabalho são consistentes com o observado nos estudos acima mencionados, ou seja, o conhecimento da condição de hipertenso foi mais freqüente entre as mulheres, entre aqueles que usaram mais serviços de saúde (mais consultas médicas e menor tempo decorrido após a última medida de pressão arterial) e en-

tre os que percebiam sua saúde como pior. Além desses, encontrou-se associação positiva entre saber ser hipertenso e tentativa de perder peso, e associação negativa com a maior faixa etária.

As mulheres, em comparação aos homens, apresentam maior probabilidade de estar em tratamento e de ter a sua pressão arterial melhor controlada ^{17,29,31,32}, além de saber ser hipertensa, como previamente mencionado ^{11,16}. É de se esperar que o uso de serviços de saúde também aumente a chance de conhecimento da condição de hipertenso, uma vez que o seu uso aumenta a probabilidade de realização do diagnóstico. Neste aspecto, é interessante salientar que na comunidade estudada, o uso de serviços de saúde aumenta a chance de tratamento da hipertensão arterial ¹⁷. Com relação à pior percepção da própria saúde, não é possível saber neste e em estudo seccional anterior ¹¹, se essa percepção antecede ou é consequência do diagnóstico da hipertensão arterial. Somente estudos de coorte podem esclarecer

Tabela 3

Distribuição do conhecimento da condição de hipertenso entre idosos, segundo alguns indicadores de condição de saúde. Bambuí, Minas Gerais, Brasil, 1997.

Variáveis	Sabia ser hipertenso (%)	
	Sim (n = 704)	Não (n = 215)
Percepção da própria saúde nos últimos 6 meses		
Muito boa/boa	18,5	35,8
Razoável	49,3	45,6
Ruim/muito ruim	32,2	18,6
		p* < 0,001
Ter estado acamado nas 2 últimas semanas		
Não	89,2	94,4
Sim	10,8	5,6
		p = 0,022
Ter deixado de realizar alguma atividade habitual por problemas de saúde nas 2 últimas semanas		
Não	80,6	89,3
Sim	19,4	10,7
		p = 0,003
Diagnóstico médico anterior de diabetes		
Não	85,0	94,4
Sim	15,0	5,6
		p < 0,001
Diagnóstico médico anterior de angina e/ou infarto		
Não	84,7	91,2
Sim	15,3	8,8
		p = 0,016
História familiar de doenças cardiovasculares antes dos 50 anos de idade		
Não	49,1	58,5
Sim	50,9	41,5
		p = 0,019
Índice de massa corporal (Kg/cm²)		
24	36,6	50,2
25-29	40,5	34,0
30	22,9	15,8
		p* < 0,001
Colesterol total (mg/d)		
< 200	22,0	24,2
200-239	33,5	33,9
400	44,5	41,9
		p = 0,437
Seropositividade para o <i>T. cruzi</i>		
Negativo	60,6	70,9
Positivo	39,4	29,1
		p = 0,006

p = teste do Qui-quadrado de Pearson; p* = teste do Qui-quadrado para tendências lineares.

Tabela 4

Distribuição do conhecimento da condição de hipertenso entre idosos, segundo o uso de serviços de saúde, uso de medicamentos e uso de plano privado de saúde. Bambuí, Minas Gerais, Brasil, 1997.

Variáveis	Sabia ser hipertenso (%)	
	Sim (n = 704)	Não (n = 215)
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses		
0	10,8	34,9
1-3	52,0	42,8
4	37,2	22,3
		p* < 0,001
Número de internações hospitalares nos últimos 12 meses		
0	76,4	76,7
1	15,8	18,6
2	7,8	4,7
		p = 0,208
Número de medicamentos usados nos últimos 3 meses, prescritos e não prescritos (exceto anti-hipertensivos)		
0	15,9	32,6
1-2	37,8	36,7
3-4	29,4	21,4
5	16,9	9,3
		p* < 0,001
Tempo decorrido após a última medida de pressão arterial (em anos)		
1	5,5	26,1
< 1	94,5	73,9
		p < 0,001
Filiação a plano privado de saúde		
Não	78,3	81,4
Sim	21,7	18,6
		p = 0,324

p = teste do Qui-quadrado de Pearson; p* = teste do Qui-quadrado para tendências lineares.

este aspecto. A associação positiva encontrada no presente trabalho entre tentativa de perder peso e conhecimento da condição de hipertenso, pode estar refletindo a adesão a métodos complementares de tratamento da hipertensão, como dieta e exercícios físicos.

Por outro lado, a explicação para a menor frequência de conhecimento da condição de hipertenso entre idosos mais velhos não é evidente. Nas investigações anteriormente mencionadas, conduzidas entre idosos americanos, mexicanos e indianos^{11,16}, não foram encontradas diferenças no conhecimento da condição de hipertenso entre as diferentes faixas etárias. Em outro estudo, conduzido na linha de base da coorte de Bambuí, não foi encontrada associação entre idade e tratamento da hipertensão arterial¹⁷. Duas hipóteses poderiam ser levantadas para explicar a menor frequência de conhecimento da condição de hipertenso entre idosos mais velhos: (a) menor uso de servi-

ços de saúde e (b) imprecisão da informação devido a respondente próximo. Em diferentes países verifica-se que as consultas a médicos no consultório, hospital ou através de telefone diminuem com a idade, ao passo que as consultas no domicílio aumentam³³. Isto é devido à diminuição da mobilidade física e capacidade de locomoção entre idosos mais velhos. A necessidade de respondentes próximos durante as entrevistas aumenta com a idade (no presente trabalho, esta proporção aumentou de 2,2% aos 60-69 anos para 6,2% aos 70-79 e 9,1% aos 80 e mais anos de idade) e a qualidade da resposta pode ser diferencial quando da utilização ou não de um respondente próximo na entrevista. Entretanto, é importante ressaltar que a associação negativa entre conhecimento da condição de hipertenso e idade, persistiu mesmo após ajustamentos por indicadores de uso de serviços de saúde e necessidade de respondente próximo durante a entrevista, além

Tabela 5

Resultados estatisticamente significantes¹ da análise multivariada dos fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. Bambuí, Minas Gerais, Brasil, 1997.

Variáveis	OR _{ajustada} (IC95%)
Sexo	
Masculino	1,00
Feminino	2,04 (1,45-2,87)
Faixa etária (em anos)	
60-69	1,00
70-79	0,98 (0,67-1,43)
80	0,40 (0,24-0,68)
Percepção da própria saúde	
Muito boa/boa	1,00
Razoável	1,44 (0,96-2,15)
Ruim/muito ruim	1,93 (1,16-3,20)
Tentativa de perder peso nos últimos 12 meses	
Não	1,00
Sim	1,86 (1,14-3,04)
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses	
0	1,00
1-3	2,14 (1,34-3,41)
4	2,23 (1,76-5,03)
Tempo decorrido após a última medida de pressão arterial (em anos)	
1	1,00
< 1	2,97 (1,69-4,93)

¹ $p < 0,005$.

p = valor de p (teste do Qui-quadrado de Pearson); OR_{ajustada} (IC95%) = odds ratio (intervalo de confiança em nível de 95%) ajustada por regressão logística múltipla por todas as variáveis listadas na tabela (919 indivíduos participaram da análise final).

das demais variáveis listadas na Tabela 5. Dessa forma, não é razoável supor que nossos resultados pudessem ser explicados por esses fatores. Investigações mais profundas são necessárias para a compreensão deste resultado.

Apesar da alta prevalência da hipertensão arterial entre os idosos na comunidade estudada, ainda é alta a porcentagem daqueles que não sabiam ser hipertensos. O uso de serviços de saúde (número de consultas médicas no úl-

timo ano e tempo decorrido após a última medida de pressão arterial) foi o fator modificável mais fortemente associado a este desconhecimento. Este resultado chama a atenção para a importância: (1) do acesso do idoso aos serviços de saúde para que a sua condição de hipertenso possa ser diagnosticada e tratada e (2) da informação prestada por este serviço ao idoso para que este, sabendo ser hipertenso, possa aderir satisfatoriamente ao tratamento.

Resumo

O objetivo deste estudo foi determinar os fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos residentes na comunidade. Foram selecionados todos os 919 idosos (> 60 anos) hipertensos participantes da linha de base da coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. Destes, somente 76,6% sabiam ser hipertensos. As seguintes variáveis apresentaram associações positivas e independentes com saber ser hipertenso: sexo feminino (OR = 2,04; 1,45-2,87), percepção da saúde como ruim/muito ruim (OR = 1,93; 1,16-3,20), tentativa de perder peso nos últimos 12 meses (OR = 1,86; 1,14-3,04), número de consultas médicas neste período (1-3: OR = 2,14, 1,34-3,41; 4: OR = 2,23, 1,76-5,03) e menor tempo decorrido após a última medida da pressão arterial (OR = 2,97, 1,69-4,93). Associação negativa foi encontrada para faixa etária > 80 anos (OR = 0,40, 0,24-0,68). Estes resultados chamam a atenção para a importância: (1) do acesso dos idosos aos serviços de saúde para que a sua condição de hipertensão possa ser diagnosticada e tratada e (2) da informação prestada por este serviço ao idoso para que este, sabendo ser hipertenso, possa aderir satisfatoriamente ao tratamento.

Idosos; Hipertensão; Conhecimento

Referências

1. United Nations. World population projections to 2125. *Popul Dev Rev* 1998; 24:183-9.
2. Kumar V. Ageing in India-an overview. *Indian J Med Res* 1997; 106:257-64.
3. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil. Censo Demográfico de 1992. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1992.
4. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050 – Revisão 2000. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2000.
5. Caldwell JC. Population health in transition. *Bull World Health Organ* 2001; 79:159-60.
6. Lima-Costa MF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Inf Epidemiol SUS* 2000; 9:23-41.
7. Lima-Costa MFF, Uchôa E, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Barreto SM. The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). Methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:126-35.
8. Rudd P. Clinicians and patients with hypertension: unsettled issues about compliance. *J Am Heart Assoc* 1995; 130:572-9.
9. National High Blood Pressure Education Program Working Group. National High Blood Pressure Education Program Working Group in the Elderly. *Hypertension* 1994; 23:275-85.
10. Fuentes R, Iimaniemi N, Laurikainen E, Tuomilehto J, Nissinen A. Hypertension in development economies: a review of population-based studies carried out from 1980-1998. *J Hypertension* 2000; 18:521-9.
11. Satish S, Markides KS, Zhang D, Goodwin JS. Factors influencing unawareness of hypertension among older Mexican Americans. *Prev Med* 1997; 26:645-50.
12. Kannel WB. Cardioprotection and antihypertensive therapy: the key importance of addressing the associated coronary risk factors (The Framingham Experience). *Am J Cardiol* 1996; 77:6B-11B.
13. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M, et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension* 1995; 25:305-13.
14. Whelton PK. Epidemiology of hypertension. *Lancet* 1994; 344:101-6.
15. Ford ES, Harel Y, Heath G, Cooper RS, Caspersen CJ. Test characteristics of self-report hypertension among the Hispanic population: findings from Hispanic Health and Nutritional Examination Survey. *J Clin Epidemiol* 1990; 43:159-65.
16. Hypertension Study Group. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among the elderly in Bangladesh and India: a multicentre study. *Bull World Health Organ* 2001; 79:490-500.
17. Firmo JOA, Barreto SM, Lima-Costa MF. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors

Colaboradores

J. O. A. Firmo foi coordenadora do trabalho de campo responsável pela análise dos dados e redação do trabalho. M. F. Lima-Costa foi a orientadora do trabalho, tendo sido responsável pelo delineamento do estudo, supervisão da análise dos dados e da redação do trabalho. E. Uchôa teve participação fundamental na discussão do desenho do estudo, dos resultados e revisão crítica final do artigo.

- associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:817-27.
18. Lima-Costa MF, Barreto S, Uchôa E, Firmo JOA, Vidigal PG, Guerra HL. The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS): prevalence of risk factors and use of preventive health care services. *Rev Panam Salud Pública* 2001; 9:219-27.
 19. Lima-Costa MF, Barreto SM, Guerra HL, Firmo JOA, Uchôa E, Vidigal PG. Ageing with *Trypanosoma cruzi* infection in a community where the transmission has been interrupted: the Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). *Int J Epidemiol* 2001; 30:887-93.
 20. The fifth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High BP. *Arch Intern Med* 1993; 153:154-83.
 21. Kaplan NM. Systemic hypertension: mechanisms and diagnosis. In: Braunwald E, editor. *Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine*. 4th Ed. Philadelphia: W. B. Saunders Co.; 1992. p. 817-51.
 22. Barreto SM, Passos VMA, Firmo JOA, Guerra HL, Vidigal PG, Lima-Costa MF. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil – The Bambuí Health and Ageing Study. *Arq Bras Cardiol* 2001; 6:576-81.
 23. Armitage P, Berry G. *Statistical methods in medical research*. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1987.
 24. Schlesselman JJ. *Case control studies. Design, conduct analysis*. New York: Oxford University Press; 1982.
 25. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: John Wiley and Sons; 1989.
 26. Greenland S. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am J Public Health* 1989; 79:340-9.
 27. van Rossum CTM, van de Mheen H, Witteman JCM, Hofman A, Mackenbach JP, Grobbee DE. Prevalence, treatment, and control of hypertension by sociodemographic factors among the Dutch elderly. *Hypertension* 2000; 35:814-21.
 28. Compañ L, Vioque J, Hernández-Aguado I, Quiles J. Factores asociados al conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial en población adulta de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria* 1998; 21:527-33.
 29. Burstyn M, Shpilberg O, Ginsberg GM, Cohen A, Stessnan J. Hypertension in the Jerusalem 70 year olds study population: prevalence, awareness, treatment and control. *Isr J Med Sci* 1996; 32:629-33.
 30. Prencipe M, Casini AR, Santini M, Ferreti C, Scaldaferrri N, Culasso F. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the elderly: results from a population survey. *J Hum Hypertension* 2000; 14:825-30.
 31. Satish S, Stroup-Benham CA, Espino DV, Markides KS, Goodwin JS. Undertreatment of hypertension in older Mexican Americans. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46:405-10.
 32. Plasencia A, Ostfeld AM, Gruber SB. Effects of sex on differences in awareness, treatment, and control of high blood pressure. *Am J Prev Med* 1988; 4:315-26.
 33. Rowland D. A five-nation perspective on the elderly. *Health Affairs* 1992; 11:205-16.

Recebido em 24/Abr/2003

Versão final rerepresentada em 29/Ago/2003

Aprovado em 23/Out/2003