

Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil

Arterial hypertension in the elderly: prevalence, associated factors, and control practices in Campinas, São Paulo, Brazil

Maria Paula do Amaral Zaitune ¹

Marilisa Berti de Azevedo Barros ¹

Chester Luiz Galvão César ²

Luana Carandina ³

Moisés Goldbaum ⁴

Abstract

The objective of this study was to assess the prevalence of reported hypertension among the elderly in Campinas, São Paulo, Brazil, identifying related factors, the use of healthcare services, and knowledge and practices related to treatment options. This was a cross-sectional population-based study, with stratified clustered multiple-stage sampling. Data analysis for the 426 individuals (60 years of age and older) considered the sampling design and outlining effect. Hypertension prevalence was 51.8% (46.4% in men and 55.9% in women) and was higher among the elderly with less education (55.9%), immigrants from other States (60.2%), and the overweight or obese (57.2%). The results indicate that healthcare services are ensuring access to medical care (71.6% have regular physician appointments) and medication (86.7% take their routine medication), without distinction as to socioeconomic status. However, social inequalities persist in knowledge and use of other measures to control blood pressure, like appropriate diet and exercise, which are also underused by more privileged socioeconomic strata.

Hypertension; Aging Health; Morbidity Surveys

Introdução

A hipertensão arterial constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade ¹.

Estima-se que a hipertensão arterial atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano ².

A identificação de vários fatores de risco para hipertensão arterial, tais como: a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o status sócio-econômico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais ^{3,4,5,6} muito colaboraram para os avanços na epidemiologia cardiovascular e, conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos, que abarcam os tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos ⁷.

O tratamento farmacológico é indicado para hipertensos moderados e graves, e para aqueles com fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou lesão importante de órgãos-alvo. No entanto, poucos hipertensos conseguem o controle ideal da pressão com um único agente terapêutico e, muitas vezes, faz-se necessária a terapia combinada, principalmente em

¹ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

² Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

³ Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, Brasil.

⁴ Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Correspondência

M. P. A. Zaitune
Departamento de Medicina Preventiva e Social,
Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas,
C. P. 6111, Campinas, SP
13083-970, Brasil.
mpaula@fcm.unicamp.br

indivíduos idosos e com co-morbidades relevantes⁴. A terapia medicamentosa, apesar de eficaz na redução dos valores pressóricos, da morbidade e da mortalidade, tem alto custo e pode ter efeitos colaterais motivando o abandono do tratamento⁸.

Intervenções não-farmacológicas têm sido apontadas na literatura pelo baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da pressão arterial. Entre elas estão: a redução do peso corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física⁹.

Deste modo, a intervenção não-farmacológica presta-se ao controle dos fatores de risco e às modificações no estilo de vida, a fim de prevenir ou deter a evolução da hipertensão arterial⁸.

O conhecimento do perfil sócio-demográfico dos pacientes hipertensos, do uso que fazem dos serviços de saúde e das estratégias terapêuticas que conhecem e utilizam, são importantes para direcionar intervenções mais eficazes de controle da doença.

O presente estudo teve como objetivos avaliar, em indivíduos com sessenta anos e mais, a prevalência da hipertensão arterial referida e analisá-la segundo variáveis sócio-econômicas, demográficas e de comportamentos relacionados à saúde, bem como investigar o uso de serviços de saúde, as práticas e o conhecimento do idoso hipertenso quanto às opções do tratamento anti-hipertensivo.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal de base populacional que incluiu idosos (sessenta anos e mais) não institucionalizados, residentes na área urbana do Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Esta pesquisa é parte do estudo multicêntrico *Inquérito de Saúde de Base Populacional em Municípios do Estado de São Paulo* (ISA-SP), realizado pelas universidades públicas paulistas (Universidade de São Paulo – USP; Universidade Estadual Paulista – UNESP; Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP) e com a parceria da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo.

Foi estimado um tamanho mínimo de amostra de 196 pessoas para cada domínio de idade e sexo, tendo por base a estimativa de uma prevalência de 50%, com nível de confiança de 95% e erro máximo de 0,07 e um efeito de delineamento de 2. Considerando uma possível perda de 20% foram selecionados 250 indivíduos em cada domínio. Para o presente estudo foram incluídos os domínios de sessenta anos e mais, masculino e feminino.

A amostragem foi feita por conglomerados, estratificada e em múltiplos estágios. Com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 1996, os setores censitários foram classificados e agrupados em três estratos segundo o percentual de chefes de família com nível universitário: menos de 5%, de 5 a 25% e com mais de 25%. De cada estrato foram sorteados dez setores censitários e após arrolamento para atualização de mapas e contagem dos domicílios, sortearam-se domicílios e em cada um foram entrevistados indivíduos segundo os domínios definidos.

As informações foram obtidas por meio de questionário aplicado por entrevistadores treinados, diretamente ao idoso selecionado. O questionário foi composto por questões fechadas, semi-abertas e abertas, que foram organizadas em blocos e, estes, organizados por conjuntos temáticos, a saber: condições de vida, estilo de vida, percepção e qualidade de saúde, morbidade referida, uso de serviços e consumo de medicamentos, entre outros.

As variáveis incluídas no presente estudo foram:

- Presença de hipertensão arterial referida (ser ou não hipertenso);
- Sócio-demográficas: sexo, idade, cor, situação conjugal, condição de chefia na família, número de moradores no domicílio, naturalidade e religião;
- Sócio-econômicas: escolaridade, renda familiar mensal *per capita* (em salários mínimos), posse de bens duráveis e atividade ocupacional;
- Comportamentos relacionados à saúde: frequência semanal de ingestão de bebida alcoólica, dependência alcoólica avaliada por meio do teste CAGE¹⁰, hábito de fumar, índice de massa corporal (IMC) calculado com dados de peso e altura referidos, prática de exercício físico no contexto de lazer, nível de atividade física avaliada pelo *Questionário Internacional de Atividade Física* (QIAF-8ª versão). O QIAF que é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para possibilitar comparações internacionais, foi validado no Brasil, em 2000, pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS)¹¹. Esse questionário permite avaliar a frequência, a intensidade e a duração em que a atividade física é realizada em nível populacional, e classificar os indivíduos em sedentários, insuficientemente ativos, ativos ou muito ativos;
- Morbidades: transtorno mental comum avaliado com base no *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), com ponto de corte 7/8¹²;
- Diabetes, artrite/artrose, doença renal crônica, acidente vascular cerebral, depressão/an-

siedade, enxaqueca/dor de cabeça, presença de deficiência física, número de morbidades crônicas referidas, auto-avaliação da saúde e comparação com a auto-avaliação de um ano atrás;

- Uso de serviços de saúde, conhecimento e conduta em relação ao tratamento anti-hipertensivo: somente os que referiram hipertensão responderam um bloco à parte, com questões sobre: quem disse que o entrevistado era hipertenso, há quanto tempo ele sabia ser hipertenso, o que fazia para controlar a hipertensão, se visitava o médico regularmente por causa da pressão, se havia participado de grupos de discussões sobre controle da pressão e o que ele sabia a respeito do que deveria ser feito para controlar a hipertensão arterial.

As entrevistas foram digitadas em banco de dados desenvolvido com o uso do programa Epi Info, versão 6.04b (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos). Foram feitas estimativas de prevalências e calculadas as razões de *odds* brutas e intervalos de confiança de 95% (IC95%); foi testada a associação entre as diversas variáveis e a presença de hipertensão arterial referida usando-se o teste χ^2 com nível de significância de 5%. Para a análise de regressão logística múltipla, as variáveis foram dicotomizadas e consideradas para a introdução no modelo as que apresentavam o valor de $p < 0,20$ na análise univariada. Todas as análises, feitas com o programa Stata 7.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos), incorporaram as ponderações necessárias ao desenho amostral e levaram em conta o efeito do delineamento do estudo.

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (Parecer n. 369/2000).

Resultados

Dos 426 indivíduos entrevistados com idade igual ou superior a sessenta anos, 208 eram do sexo feminino e 240 tinham menos de setenta anos. A média da idade foi de 69,8 anos (desvio padrão = 0,57). A prevalência estimada de hipertensão arterial referida da população idosa de Campinas foi de 46,4% (IC95%: 39,1-53,8) nos homens e 55,9% (IC95%: 49,4-62,1) nas mulheres (Tabela 1).

A prevalência de hipertensão arterial revelou-se mais elevada nas mulheres, nas pessoas naturais de outros estados, nos não-brancos (Tabela 1) e nos idosos de menor escolaridade

(Tabela 2). Os idosos vindos de outros estados têm 50% mais chances de serem hipertensos do que os nascidos no Estado de São Paulo. Os migrantes de outros Estados apresentam menor escolaridade ($p = 0,0025$), menor renda *per capita* ($p = 0,0001$) e menor posse de bens duráveis ($p = 0,0378$) em relação aos nascidos no Estado de São Paulo (dados não apresentados em tabela). As prevalências são um pouco superiores nos de menor renda, com menor número de bens e sem atividade ocupacional, mas sem que as diferenças apresentem significância estatística (Tabela 2).

Quanto aos comportamentos relacionados à saúde, apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial: os não-fumantes e os ex-fumantes, os com sobrepeso e os que ingerem bebida alcoólica com menor frequência. Entretanto, a análise da frequência de bebida alcoólica, estratificada segundo o número de morbidades referidas, revela a não existência de associação estatisticamente significativa entre hipertensão arterial e consumo de bebida alcoólica e, portanto, o confundimento presente na razão de *odds* não ajustada pelo número de morbidades (Tabela 3). Os dependentes de álcool, segundo a avaliação do teste CAGE, apresentaram prevalência maior de hipertensão, mas sem significância estatística.

Na análise de regressão logística introduziram-se no modelo as variáveis: sexo, cor, naturalidade, religião, escolaridade, número de bens duráveis, atividade econômica, IMC, hábito de fumar, frequência semanal de bebida alcoólica e transtorno mental comum, que apresentavam $p < 0,20$. Foi também incluído o número de morbidades, pela associação desta variável com frequência semanal de bebida alcoólica, como referido anteriormente. Após os ajustes pela regressão logística, mantiveram maiores prevalências de hipertensão os idosos: nascidos em outro estado, com baixa escolaridade e com sobrepeso (Tabela 4).

A análise de co-morbidade e da auto-avaliação de saúde (dados não apresentados em tabela) revelou que, comparativamente aos não-hipertensos, os idosos com hipertensão apresentaram maior número de morbidades crônicas ($p = 0,0000$), presença de diabetes ($p = 0,0489$), de artrite ou artrose ($p = 0,0045$), de doença renal crônica ($p = 0,0229$) e de deficiência física ($p = 0,0089$). Os hipertensos também avaliaram a própria saúde de forma mais desfavorável ($p = 0,0021$) e, em maior proporção, perceberam piora da sua saúde em relação ao ano anterior ($p = 0,0267$).

A Tabela 5 apresenta as práticas de controle da hipertensão arterial segundo a escolaridade

Tabela 1

Prevalência de hipertensão arterial segundo variáveis sócio-demográficas em pessoas com sessenta anos ou mais. Campinas, São Paulo, Brasil, 2001/2002.

Variável	N*	Indivíduos com hipertensão arterial*	Prevalência (em %)	OR (IC95%)	Valor de p
Sexo			0,0398**		
Masculino	218	100	46,4	1	
Feminino	208	116	55,9	1,46 (1,02-2,10)	0,040
Total	426	216	51,8		
Faixa etária (anos)			0,6908**		
60-69	240	119	50,4	1	
70-79	139	74	54,1	1,16 (0,81-1,65)	0,408
80 e mais	47	23	52,0	1,07 (0,57-1,99)	0,836
Total	426				
Cor			0,0414**		
Branca	360	175	49,6	1	
Não-branca	65	41	64,2	1,83 (1,02-3,26)	0,043
Total	425				
Situação conjugal			0,6035**		
Com cônjuge	266	138	52,8	1	
Sem cônjuge	160	78	50,5	0,91 (0,63-1,31)	0,604
Total	426				
Naturalidade			0,0192**		
Campinas	90	38	43,5	1	
Outros municípios do Estado de São Paulo	193	93	49,2	1,26 (0,79-2,01)	0,325
Outros estados	142	84	60,2	1,97 (1,22-3,17)	0,007
Total	425				
Religião			0,2289**		
Católica	331	161	49,6	1	
Evangélica	54	33	61,6	1,63 (0,95-2,80)	0,076
Sem religião/Outras	41	22	55,7	1,28 (0,61-2,67)	0,503
Total	426				
Número de moradores no domicílio			0,6016**		
1-2	189	91	49,7	1	
3-4	155	84	54,6	1,22 (0,87-1,70)	0,237
5 ou mais	82	41	51,7	1,08 (0,62-1,90)	0,772
Total	426				
Condição de chefia			0,6107**		
Não chefe	141	75	53,6	1	
Chefe	285	141	50,8	0,89 (0,57-1,40)	0,611
Total	426				

* Número absoluto de indivíduos na amostra não-ponderada;

** Valor de p de teste χ^2 .

Tabela 2

Prevalência de hipertensão arterial segundo variáveis sócio-econômicas em pessoas com sessenta anos ou mais. Campinas, São Paulo, Brasil, 2001/2002.

Variável	N	n (HA)	Prevalência (%)	OR (IC95%)	Valor de p
Escolaridade (anos)			0,0005*		
≥ 5	121	49	40,7	1	
0-4	302	165	55,9	1,84 (1,34-2,54)	0,001
Total	423				
Renda per capita (em salários mínimos)			0,8354*		
≤ 1	82	45	56,0	1	
>1-2,5	145	73	52,1	0,86 (0,51-1,43)	0,539
> 2,5-4	84	42	50,3	0,80 (0,40-1,60)	0,508
> 4	115	56	49,5	0,77 (0,42-1,42)	0,391
Total	426				
Posse de bens duráveis			0,0766*		
0-9	275	148	54,9	1	
10 e mais	151	68	45,8	0,69 (0,46-1,04)	0,077
Total	426				
Atividade ocupacional			0,0620*		
Sim	106	46	44,0	1	
Não	320	170	54,0	1,50 (0,98-2,31)	0,063
Total	426				

* Valor de p de teste χ^2 .

N e n: número absoluto de indivíduos na amostra não-ponderada.

de. Verificou-se que 71,6% dos idosos hipertensos de Campinas visitam o médico regularmente e parcela importante (46,1%) tem a doença há mais de 11 anos. Quando indagados sobre quem os havia informado da condição de ser hipertenso, excluindo-se dois indivíduos com resposta ignorada, todos relataram ter sido um médico. Dos idosos hipertensos que não procuram o serviço de saúde regularmente, 66,7% relataram que não o fazem por acharem desnecessário. Somente 2,4% dos hipertensos com alta escolaridade e 1,5% dos de baixa escolaridade referem ter freqüentado grupos de discussão sobre controle da pressão arterial. Dos idosos hipertensos de Campinas, 86,7% fazem uso regular de medicamento. Em relação às práticas não-medicamentosas, idosos hipertensos de maior escolaridade diferem dos de menor escolaridade por conhecerem e utilizarem, em maior proporção, dieta e prática de atividade física para o controle da hipertensão arterial.

Discussão

Uma das limitações do presente estudo é a utilização de informação referida sobre a presença da hipertensão arterial. Muitas pesquisas utilizam-se da aferição da pressão arterial, mediante uma ou mais medidas em campo¹³, mas vários estudos, principalmente os inquéritos de grande porte de base populacional, têm utilizado informação referida para as análises¹⁴.

A informação de morbidade referida possibilita identificar indivíduos que já tiveram o diagnóstico feito alguma vez na vida, mas omite aqueles que desconhecem a condição de ser hipertenso, podendo levar a subestimativas das prevalências desta condição crônica. No entanto, Vargas et al.¹⁵ verificaram, com base nos dados do *National Health and Nutrition Examination Survey III*, que a hipertensão auto-referida, informada em entrevista, mostrou-se válida para estimar a prevalência de hipertensão da população.

A prevalência de hipertensão arterial referida (51,8%) em idosos residentes no Município de Campinas foi superior à observada para a

Tabela 3

Prevalência de hipertensão arterial segundo comportamentos relacionados à saúde e Índice de Massa Corporal (IMC) em pessoas com sessenta anos ou mais. Campinas, São Paulo, Brasil, 2001/2002.

Variável	N	n (HA)	Prevalência (%)	OR (IC95%)	Valor de p
IMC			0,0015*		
< 25kg/m ²	190	83	44,8	1	
≥ 25kg/m ²	236	133	57,2	1,65 (1,23-2,20)	0,002
Total	426				
Hábito de fumar			0,0594*		
Não-fumante	238	125	53,2	1	
Fumante	47	17	36,9	0,52 (0,28-0,96)	0,038
Ex-fumante	140	74	54,6	1,06 (0,72-1,55)	0,764
Total	425				
Prática de exercício físico			0,6852*		
Não pratica	296	151	52,4	1	
Pratica apenas caminhada	102	53	52,2	0,99 (0,64-1,53)	0,971
Pratica outros exercícios	27	12	45,0	0,74 (0,34-1,60)	0,432
Total	425				
Questionário Internacional de Atividade Física (QIAF)			0,2588*		
Sedentário	38	17	48,6	1	
Insuficientemente ativo	84	51	60,6	1,62 (0,75-3,51)	0,208
Ativo	134	67	51,2	1,11 (0,58-2,10)	0,749
Muito ativo	165	79	49,0	1,01 (0,52-1,97)	0,966
Total	421				
Dependência de bebida alcoólica (CAGE)			0,3079*		
Não dependente	402	203	51,7	1	
Dependente	18	11	63,3	1,61(0,62-4,18)	0,312
Total	420				
Freqüência de ingestão de bebida alcoólica (FBA)			0,056*		
≥ 2 vezes/semana	80	29	35,9	1	
< 2 vezes/semana ou não bebe álcool	346	187	54,9	2,17 (1,27-3,69)	0,006
Total	426				
FBA em pessoas com até 1 morbidade			0,3847*		
≥ 2 vezes/semana	44	7	16,1	1	
< 2 vezes/semana ou não bebe álcool	84	19	23,3	1,59 (0,54-4,68)	0,387
Total	128				
FBA em pessoas com 2 a 3 morbidades			0,9372*		
≥ 2 vezes/semana	19	11	57,5	1	
< 2 vezes/semana ou não bebe álcool	134	78	58,5	1,04 (0,36-2,99)	0,937
Total	153				
FBA em pessoas com 4 ou mais morbidades			0,6265*		
≥ 2 vezes/semana	14	10	67,2	1	
< 2 vezes/semana ou não bebe álcool	120	87	72,5	1,29 (0,44-3,79)	0,627
Total	134				

* Valor de p de teste χ^2 .

N e n: número absoluto de indivíduos na amostra não-ponderada.

população idosa brasileira, com base nos dados da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (43,9%) para a mesma faixa etária, ¹⁴ e semelhante aos relatórios do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) para a população americana com 65 anos e mais (48,5%) ¹⁶. Em um estudo no Município de Bambuí, Minas Gerais, a prevalência de hipertensão arterial no grupo etário de sessenta anos e mais foi expressivamente maior (61,5%) ¹⁷.

No que tange ao gênero, observou-se na análise univariada que mulheres apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial que os homens, assim como verificado em outros estudos para essa faixa etária ^{4,5}. As mulheres geralmente têm maior percepção das doenças, apresentam maior tendência para o autocuidado e buscam mais assistência médica do que os homens, o que tenderia a aumentar a probabilidade de ter a hipertensão arterial diagnosticada.

Idosos de cor não-branca apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial na análise univariada, em concordância com o que tem sido observado em outras pesquisas ^{5,6}. De acordo com o CDC, vários fatores contribuiriam para acarretar as disparidades de saúde entre brancos e não-brancos, como: fatores sócio-econômicos, estilo de vida, o ambiente social (incluindo as oportunidades educacionais e econômicas, a discriminação racial e as condições de trabalho) e o acesso a serviços de saúde ¹⁸.

Observou-se, no presente estudo, maior prevalência de hipertensão arterial no estrato inferior de escolaridade. As pesquisas apontam que os indivíduos com inserção sócio-econômica desfavorável estariam mais propensos à depressão e ao estresse crônico causados pelas dificuldades cotidianas, aumentando os níveis de catecolaminas e, conseqüentemente, a freqüência cardíaca e a pressão arterial ³.

Diversos autores observaram associação entre migração e hipertensão arterial, bem como com outras doenças cardiovasculares, sugerindo que poderia decorrer do fato de os migrantes estarem mais expostos ao estresse psicológico do que os não-migrantes por conta do processo de aculturação ¹⁹.

Encontrou-se que a prevalência de hipertensão arterial foi maior em indivíduos com sobrepeso ou obesos. A relação entre obesidade e hipertensão arterial tem sido relatada em diversos estudos ²⁰. Petrella ⁷ afirma que cada quilo perdido corresponderia à diminuição de um milímetro de mercúrio da pressão arterial. Levine et al. ²¹, revendo a literatura, verificaram que o excesso de peso resultaria no au-

Tabela 4

Modelo de regressão logística múltipla: variáveis associadas à hipertensão arterial em idosos. Campinas, São Paulo, Brasil, 2001/2002.

Variáveis e categorias	OR bruta (IC95%)	OR ajustada* (IC95%)
Naturalidade		
Do Estado de São Paulo	1	1
De outros Estados	1,68 (1,14-2,48)	1,58 (1,01-2,48)
Escolaridade (anos)		
≥ 5	1	1
0-4	1,84 (1,34-2,54)	1,67 (1,09-2,57)
IMC		
< 25 kg/m ²	1	1
≥ 25 kg/m ²	1,65 (1,23-2,20)	1,57 (1,02-2,40)

* Razão de *odds* ajustado pelo método de regressão logística para as demais variáveis da tabela.

mento do risco de desenvolver hipertensão arterial em 2 a 6 vezes. Os fatores que contribuem para que os obesos apresentem alteração na função renal, predispondo ao aumento da pressão por retenção de líquido, são: a resistência à insulina, alterações nas estruturas renais, alterações na estrutura e função vascular, ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, ativação do sistema nervoso simpático e alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal ²².

Uma das limitações do presente estudo é que o desenho de corte transversal não permite saber se fatores identificados como associados à hipertensão antecederam a ocorrência da doença ou são, de alguma forma, conseqüentes a ela. Essa observação é especialmente válida quanto à associação entre hipertensão arterial e freqüência de bebida alcoólica.

Os idosos abstêmios ou que faziam uso de bebida alcoólica no máximo uma vez por semana, apresentaram chance bruta superior (1,93; IC95%: 1,12-3,32) de estarem hipertensos do que os que bebiam com maior freqüência. Entre os idosos que apresentaram menor freqüência de ingestão de bebida alcoólica verificou-se maior número de doenças crônicas (p = 0,0061). A associação estatística entre a freqüência de ingestão de bebida alcoólica e hipertensão arterial perde sua significância quando a análise é estratificada segundo o número de morbidades (Tabela 3), revelando o confundimento que estava presente. A literatura aponta que a ingestão de bebidas alcoólicas em excesso (três ou mais doses ou mais de 40g de etanol por dia)

Tabela 5

Uso de serviços de saúde, conhecimento e práticas quanto às opções do tratamento da hipertensão arterial segundo escolaridade de indivíduos hipertensos de sessenta anos ou mais. Campinas, São Paulo, Brasil, 2001/2002.

	Total		Escolaridade (anos)				Valor de p
	n	%	0-4		5 e mais		
	n	%	n	%	n	%	
Há quanto tempo disseram que era hipertenso (anos)							
Entre 0 e 10	113	53,9	90	55,3	23	49,0	0,5093
Há mais de 11	99	46,1	75	44,8	24	51,0	
Total	212		165		47		
Visita regularmente médico/Serviço por causa da pressão arterial							
Não	61	28,4	51	30,3	10	21,0	0,0706
Sim	151	71,6	114	69,7	37	79,0	
Total	212		165		47		
Por que não visita o médico regularmente							
Dificuldade financeira	5	8,1	4	7,9	1	9,4	0,5939
Dificuldade acesso geográfico	2	3,9	2	4,6	0	0,0	
Não achou necessário	39	66,7	34	69,5	5	52,1	
Outros	13	21,3	9	18,0	4	38,4	
Total	59		49		10		
Participa de grupos de hipertensão							
Não	209	98,3	163	98,5	46	97,6	0,7086
Sim	3	1,7	2	1,5	1	2,4	
Total	212		165		47		
O que acha que deve ser feito para controlar a pressão arterial							
Dieta sem sal	91	43,6	69	42,3	22	48,3	0,4559
Regime para perder/manter peso	22	9,8	13	7,5	9	18,5	0,0382
Atividade física	32	13,9	18	9,5	14	30,5	0,0082
Total	212		165		47		
O que faz para controlar a pressão arterial							
Dieta sem sal	46	22,4	37	23,0	9	20,2	0,7130
Regime para perder/manter peso	7	3,3	3	1,7	4	9,0	0,0114
Atividade física	18	7,9	8	4,1	10	22,4	0,0002
Medicação de rotina	182	86,7	143	87,6	39	83,0	0,3693
Medicação quando tem problema	22	9,6	16	8,7	6	13,0	0,2775
Não faz nada	5	2,2	4	2,2	1	2,0	0,9190
Total	212		165		47		

n = número absoluto de indivíduos na amostra não-ponderada.

está associada ao aumento da pressão arterial²¹. No presente estudo, os dependentes de álcool (CAGE positivo) apresentaram, na análise univariada, maior prevalência de hipertensão arterial, mas sem significância estatística.

Os dados da presente pesquisa revelaram que apenas 11,4% dos idosos referiram não ter nenhuma doença crônica. Resultado semelhante (14%) foi encontrado por Ramos et al.²³,

em inquérito domiciliar realizado no Município de São Paulo.

Observou-se que a maioria dos idosos hipertensos (71,6%) visita o médico regularmente por causa da hipertensão arterial e 86,7% fazem uso regular de medicamento anti-hipertensivo, sem diferenças estatisticamente significantes entre os de maior e menor escolaridade. Esses resultados apontariam que o Sistema

Único de Saúde (SUS), da forma como se encontra organizado no Município de Campinas, garantiria acesso amplo aos pacientes hipertensos, contribuindo para reduzir o impacto das desigualdades sociais em saúde.

Idosos hipertensos de maior nível de escolaridade reconhecem, mais que os de menor escolaridade, a prática de atividade física e o uso de dietas como estratégias de controle da hipertensão arterial. Também, mais que os de menor escolaridade, incorporam essas atividades nas suas práticas de controle da doença. Portanto, nas práticas relacionadas aos comportamentos saudáveis e estilo de vida é que as desigualdades sociais se manifestam mais claramente. Ressalta-se, porém, que mesmo no grupo de maior escolaridade, a dieta é realizada por apenas 9% e a atividade física por 22,4% dos hipertensos.

Os resultados do estudo mostraram também que apenas 2,4% dos idosos referiram ter freqüentado grupos de discussão sobre contro-

le da pressão arterial, indicando as poucas oportunidades oferecidas pelos serviços para as intervenções educativas. Esses resultados indicariam que os serviços não estariam oferecendo ou incentivando as práticas de promoção de hábitos saudáveis de vida como recomendam vários órgãos de saúde¹. Para consolidar mudanças nos hábitos de vida, alguns estudos assinalam que as intervenções educativas deveriam ser intensas e constantes para que algum resultado pudesse ser observado²¹.

O presente artigo mostrou, em síntese, que a hipertensão arterial é mais prevalente em determinados subgrupos da população como os idosos de menor escolaridade, migrantes e com sobrepeso ou obesidade. Ainda que as políticas públicas devam contemplar a todos, atenção especial deve ser voltada para os subgrupos mais vulneráveis, tanto para as ações de prevenção, de controle da hipertensão, assim como para as de promoção à saúde.

Resumo

Este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência da hipertensão arterial referida em idosos de Campinas, São Paulo, Brasil, identificando os fatores associados, o uso de serviços de saúde e o conhecimento e as práticas quanto às opções do tratamento. Trata-se de estudo transversal, de base populacional, com amostra de conglomerados, estratificada e em múltiplos estágios. A análise dos dados referentes aos 426 indivíduos (sessenta anos e mais) levou em conta o desenho amostral e o efeito do delineamento. A prevalência de hipertensão foi de 51,8% (46,4% nos homens e 55,9% nas mulheres) e mostrou-se mais elevada em idosos: com menor escolaridade (55,9%), migrantes de outros estados (60,2%) e com sobrepeso ou obesidade (57,2%). Os resultados indicam que os serviços de saúde estão garantindo o acesso ao atendimento médico (71,6% visitam o médico regularmente) e aos medicamentos (86,7% tomam medicamento de rotina), sem distinção de nível sócio-econômico. Persistem, no entanto, desigualdades sociais quanto ao conhecimento e utilização de outras práticas de controle da pressão arterial, como dieta adequada e atividade física, que são insuficientemente utilizadas também pelos segmentos socialmente mais favorecidos.

Hipertensão; Saúde do Idoso; Inquéritos de Morbidade

Colaboradores

M. P. A. Zaitune realizou a proposta do artigo, revisão de literatura, análise dos dados e redação do artigo. M. B. A. Barros orientou a proposta do artigo, análise dos dados e redação do artigo. M. B. A. Barros, C. L. G. César, L. Carandina e M. Goldbaum desenvolveram o projeto ISA-SP, elaboraram os instrumentos, coordenaram a pesquisa de campo e contribuíram na revisão do artigo.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (*Projeto de Políticas Públicas*, processo nº 88/14099) e à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo pelo financiamento do trabalho de campo, à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde pelo suporte financeiro para a análise dos dados através do Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde da Faculdade de Ciências (UNICAMP) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela bolsa de mestrado recebida pela autora principal.

Referências

1. Pescatello LS, Franklin BA, Fagard R, Farquhar WB, Kelley GA, Ray CA. Exercise and hypertension. *Med Sci Sports Exerc* 2004; 36:533-53.
2. Ministério da Saúde. Relatório técnico da campanha nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde, Ministério da Saúde; 2001.
3. Vargas CM, Ingram DD, Gillum RF. Incidence of hypertension and educational attainment. *Am J Epidemiol* 2000; 152:272-8.
4. Oparil S. Hipertensão arterial. In: Goldman L, Bennet JC, organizadores. *Cecil – Tratado de medicina interna*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 289-92.
5. Bassett Jr. DR, Fitzhugh EC, Crespo CJ, King GA, McLaughlin JE. Physical activity and ethnic differences in hypertension prevalence in the United States. *Prev Med* 2002; 34:179-86.
6. Matthews KA, Kiefe CI, Lewis CE, Liu K, Sidney S, Yunis C. Socioeconomic trajectories and incident hypertension in a biracial cohort of young adults. *Hypertension* 2002; 39:772-6.
7. Petrella RJ. Lifestyle approaches to managing high blood pressure – new Canadian guidelines. *Can Fam Physician* 1999; 45:1750-5.
8. Shoji VM, Forjaz CLM. Treinamento físico da hipertensão. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 2000; 10:7-14.
9. Sociedade Brasileira de Hipertensão. III Consenso brasileiro de hipertensão arterial. *Rev Bras Cardiol* 1998; 1:92-133.
10. Bisson J, Nadeau L, Demers A. The validity of the CAGE scale to screen for heavy drinking and drinking problem in a general population survey. *Addiction* 1999; 94:715-22.
11. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2001; 6:5-18.
12. World Health Organization. A user's guide to the Self Reporting Questionnaire. Geneva: World Health Organization; 1994.
13. Van Rossum CTM, Van 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.
14. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:735-43.
15. Vargas CM, Burt VL, Gillum RF, Pamuk ER. Validity of self-reported hypertension in the National Health and Nutrition Examination Survey III, 1988-1991. *Prev Med* 1997; 26:678-85.
16. Centers for Disease Control and Prevention. State-specific trends in self-reported blood pressure screening and high blood pressure – United States, 1991-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2002; 51:456-60.
17. Barreto MS, Passos VMA, Firmo JOA, Guerra HL, Vidigal PG, Lima-Costa ME. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community of southeast Brazil – the Bambuí Health and ageing study. *Arq Bras Cardiol* 2001; 77:576-81.
18. Centers for Disease Control and Prevention. Health disparities experienced by black or African Americans – United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2005; 54:1-3.
19. Mooteri SN, Petersen F, Dagubati R, Pai RG. Duration of residence in the United States as a new risk factor for coronary artery disease (the Konkani Heart Study). *Am J Cardiol* 2004; 93:359-61.
20. Sundquist J, Winkleby MA, Pudarc S. Cardiovascular disease risk factors among older black, Mexican-American, and white women and men: an analysis of NHANES III, 1988-1994. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49:109-16.
21. Levine DM, Cohen JD, Dustan HP, Falkner B, Flora JA, Lefebvre C, et al. Behavior changes and the prevention of high blood pressure: workshop II. *Circulation* 1993; 88:1387-90.
22. Irigoyen MC, Lacchini S, De Angelis K, Michelini LC. Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 2003; 13:20-36.
23. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FR. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1993; 27:87-94.

Recebido em 17/Fev/2005

Versão final reapresentada em 11/Jul/2005

Aprovado em 27/Jul/2005