

**HIPERTENSÃO ARTERIAL REFERIDA EM MULHERES IDOSAS:
PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS**
**REPORTED HYPERTENSION IN ELDERLY WOMEN: PREVALENCE AND ASSOCIATED
FACTORS**
**LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFERIDA EN MUJERES ANCIANAS: PREVALENCIA Y
FACTORES ASOCIADOS**

*Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira¹, Jair Lício Ferreira Santos², Maria Lúcia Lebrão³,
Yeda Aparecida de Oliveira Duarte⁴, Ângela Maria Geraldo Pierin⁵*

¹ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). São Paulo, Brasil.

² Doutor em Saúde Pública. Professor Titular do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. São Paulo, Brasil.

³ Doutora em Saúde Pública. Professora Titular do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, Brasil.

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP. São Paulo, Brasil.

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP. São Paulo, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão. Prevalência. Saúde do idoso.

RESUMO: Estudo transversal que caracterizou a prevalência da hipertensão arterial referida e identificou os fatores associados. A amostra constou de 1.265 mulheres idosas, residentes no município de São Paulo, que participaram do Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento realizado de 2000 a 2001. A hipertensão arterial foi considerada como variável dependente para fins de análise e das possíveis associações. A prevalência da hipertensão arterial foi 55,3% em mulheres com 60 a 74 anos e 60,7% naquelas com 75 anos e mais. No modelo final de regressão múltipla as variáveis que permaneceram como fatores associados à hipertensão arterial referida foram: diabetes (*odds ratio*=3,43), doença cardíaca (*odds ratio*=3,32), idade (*odds ratio*=1,57), número de filhos (*odds ratio*=1,51), índice de massa corporal (*odds ratio*=1,04), e estado de saúde (*odds ratio*=2,00). Conclui-se que a prevalência da hipertensão referida é similar aos dados de outros estudos.

KEYWORDS: Hypertension. Prevalence. Health of the elderly.

ABSTRACT: This cross-sectional study aimed to measure the prevalence of reported hypertension and to identify associated factors. The sample consisted of 1265 elderly women, residents of the city of São Paulo, Brazil, who were interviewed in the Health, Well-being and Aging Project from 2000 to 2001. Hypertension was considered a dependent variable in analyzing possible associated factors. Hypertension prevalence was 55.3% in women from 60 to 74 years old and 60.7% in women 75 years old and more. In the final multiple regression model the variables which remained as associated factors to reported hypertension were: diabetes (*odds ratio*=3.43), cardiac disease (*odds ratio*=3.32), age (*odds ratio*=1.57), number of children (*odds ratio*=1.51), body mass index (*odds ratio*=1.04), health conditions (*odds ratio*=2.00). We conclude that the prevalence of reported hypertension is similar to that seen in other studies.

PALAVRAS-CLAVE: Hipertensión. Prevalencia. Salud del anciano.

RESUMEN: Este estudio transversal tuvo como objetivo medir la prevalencia de la hipertensión arterial referida e identificar los factores asociados. La muestra consistió de 1.265 mujeres ancianas, residentes en la ciudad de São Paulo, que fueron entrevistadas en el proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento, realizado en 2000 y 2001. La hipertensión fue considerada como variable dependiente para analizar los posibles factores asociados. La prevalencia de la hipertensión arterial fue 55,3% en mujeres de 60 a 74 años, y de 60,7% en aquellas mujeres con 75 años o más. Al final de la regresión múltiple, las variables que permanecieron en el modelo como factores asociados a la hipertensión referida fueron: diabetes (*odds ratio*=3,43), enfermedad cardíaca (*odds ratio*=3,32), edad (*odds ratio*=1,57), número de hijos (*odds ratio*=1,51), índice de masa corporal (*odds ratio*=1,04), y condiciones de salud (*odds ratio*=2,00). Se concluye que la prevalencia de la hipertensión referida es similar a los datos de otros estudios.

Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira
Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
05.403-000 - São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: soniaju@usp.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 15 de outubro de 2007
Aprovação final: 13 de maio de 2008

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fato constatado mundialmente e tem sido documentado por vários trabalhos publicados nos últimos anos.¹⁻³ No entanto, o envelhecimento populacional não se refere aos indivíduos, ou a cada geração e sim à mudança na faixa etária da população, que indica um aumento das pessoas acima de determinada idade, considerada como critério do início da velhice.⁴

A Lei Nº 8.842/94 dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e no capítulo I, artigo 2º, diz: “[...] considera-se idoso, para efeitos desta lei, a pessoa maior de 60 anos de idade”.^{5:77}

O número crescente de idosos deve-se a alguns fatores determinantes, como a redução da mortalidade geral, sobretudo a infantil, diminuição das taxas de fecundidade e aumento das taxas de sobrevivência. Aos fatores do processo de envelhecimento, os autores acrescentam a melhoria nas condições de saneamento e infra-estrutura básica e os avanços da medicina e da tecnologia.⁶

No Brasil, o envelhecimento populacional apresenta características peculiares em razão da rapidez com que acontece esta transição demográfica. Até 1960, a população brasileira apresentou-se muito estável, com distribuição etária quase constante. Era uma população bastante jovem com, aproximadamente, 52% abaixo de 20 anos e menos de 3% acima dos 65 anos. Houve significativo declínio da mortalidade, a longevidade passou de quase 33 anos, no início do século XX,⁷ para 71,6 anos, em 2004.⁸

Entre 1960 e 1980, observou-se uma queda de 33% na fecundidade constatada pelo processo contínuo de estreitamento da base da pirâmide etária, conseqüentemente, com envelhecimento da população.⁴ No último censo, a população de idosos totalizou cerca de 14,5 milhões de brasileiros,⁹ com projeção de 32 milhões, em 2020, e ocupará o sexto lugar mundial.^{2,10}

Em razão da transição demográfica, mudança de uma população jovem para uma envelhecida, altera-se o panorama epidemiológico relativo à morbidade e mortalidade de uma determinada população. As doenças infecto-contagiosas prevalentes nos jovens tendem a diminuir sua incidência, enquanto as crônico-degenerativas aumentam sua frequência.¹⁰

No processo de envelhecimento, inúmeros agravos à saúde poderão surgir em decorrência das várias alterações fisiológicas e funcionais,

peculiares ao grupo de idosos, tornando o indivíduo mais vulnerável às doenças crônicas. O resultado desta constatação implica uma demanda crescente por serviços de saúde, que frequentemente exigem intervenções onerosas, envolvendo tecnologia complexa.^{2,7}

Outro aspecto a ser considerado na população de idosos é o contingente maior do sexo feminino. Em 2000, dos 14,5 milhões de idosos, 55,1% eram mulheres.⁹ O aumento da expectativa de vida no sexo feminino é mais significativo do que no masculino, o que pode ser justificado por fatores biológicos e pela diferença de exposição aos fatores de risco de mortalidade.¹¹

Em relação à morbidade, embora o envelhecimento seja um processo natural, nessa fase da vida é comum o aparecimento de doenças crônico-degenerativas, limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes e isolamento social.¹⁰

A avaliação realizada pelo suplemento especial da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD) - Saúde, de 1998, indagou como o grupo de idosos considerava seu estado de saúde. Constatou que cerca de 83% referiram como regular ou bom. No entanto, essa proporção diminuiu para 75%, quando se considera a faixa de 80 anos ou mais. Os problemas de saúde detectados foram: hipertensão arterial, doença da coluna e artrite, entre outros. O pior estado de saúde foi relatado pelas mulheres comparado aos homens.¹

A hipertensão arterial é uma doença de natureza multifatorial com alta prevalência na população idosa, tornando-se um fator determinante nas elevadas taxas de morbidade e mortalidade desses indivíduos. Acomete quase 60% dos idosos, está freqüentemente associada a outras doenças como a arteriosclerose, *diabetes mellitus* e síndrome metabólica, conferindo a este grupo alto risco cardiovascular.¹²⁻¹⁴

As estimativas de prevalência da hipertensão arterial variam muito, dependendo, não só das diferenças reais entre as populações, mas, do ponto de corte definido, do método usado para medir a pressão arterial, da faixa etária avaliada, dos critérios utilizados (pessoas hipertensas tratadas e controladas) e da representatividade da amostra.¹⁵⁻¹⁶

A identificação da doença hipertensiva na população é tarefa difícil, pois exige mensuração da pressão arterial e informações a respeito do uso recente de medicação.¹⁷ O fato tem estimulado a busca por indicadores simples que poderiam ser

utilizados nos estudos de base populacional.¹⁸ A hipertensão auto-referida tem sido usada em vários inquéritos de saúde, entre eles, o *National Health and Nutrition Examination Survey*,¹⁹ nos Estados Unidos da América e a PNAD no Brasil.²⁰

Estudo que analisou a validade da hipertensão auto-referida encontrou 72,1% de sensibilidade e 86,4% de especificidade, concluindo que a hipertensão auto-referida é um indicador apropriado à doença hipertensiva.¹⁸

Assim, este estudo teve por objetivo avaliar, em mulheres com 60 anos ou mais, a prevalência da hipertensão arterial referida e identificar variáveis relacionadas às características pessoais e sociodemográficas, doenças referidas, dados antropométricos e hábitos de vida.

MÉTODO

Entre janeiro de 2000 e março de 2001, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) coordenou o Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), em sete países da América Latina e Caribe, cujo propósito foi realizar uma coleta sistemática de informações sobre as condições de vida e saúde das pessoas idosas. Trata-se de um estudo multicêntrico, transversal, de campo, com abordagem quantitativa realizado em sete cidades, seis delas capitais: Buenos Aires (Argentina), Bridgetown (Barbados), São Paulo (Brasil), Santiago (Chile), Havana (Cuba), Cidade do México (México) e Montevideu (Uruguai).

No Brasil, a população desse estudo constituiu-se de 2.143 idosos residentes no município de São Paulo. A amostra foi composta pelo somatório de uma amostra probabilística e de uma intencional, para complementar a amostra de idosos em velhice avançada. Para sorteio de domicílios, usou-se o método de amostragem por conglomerados, em dois estágios, sob o critério de partilha proporcional ao tamanho da amostra. Os dados finais foram ponderados, conforme sua representatividade na população. Da amostra total, 1.265 eram mulheres que na ocasião representavam a população idosa feminina residente no município de São Paulo.

O estudo realizado na cidade de São Paulo foi coordenado pelo Departamento de Epidemiologia e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Processo N° 67/1999).²¹

Coleta de dados

Os dados foram coletados, por meio de entrevistas domiciliares, feitas com um instrumento constituído de 11 blocos temáticos*, que abordam dados pessoais, avaliação cognitiva, estado de saúde, estado funcional, medicamentos, uso e acesso aos serviços, rede de apoio familiar e social, história laboral e fontes de ingresso, características da moradia, antropometria, flexibilidade e mobilidade. O instrumento foi elaborado por um comitê regional formado por pesquisadores responsáveis em cada país, além de especialistas nas temáticas específicas do estudo.²²

As entrevistas foram realizadas diretamente com a idosa e em alguns casos com um informante substituto, em decorrência do estado cognitivo da mulher. Os coletadores apresentaram-se falando a finalidade do estudo e ressaltando o aspecto sigiloso da entrevista. A participação das mulheres no estudo foi inteiramente voluntária e todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, ficando uma em posse da participante e a outra com os pesquisadores. A descrição detalhada da metodologia empregada pode ser encontrada em publicação específica.²²

Definição das variáveis

A variável hipertensão arterial referida foi considerada, como variável dependente para fins de análise e de estudo das possíveis associações que foi considerada no estudo como dicotômica, isto é, com o valor zero (sem referência de HA) e um (HA referida). As variáveis independentes foram selecionadas entre as disponíveis, quanto às características sociodemográficas, doenças referidas e características pessoais. Todas essas variáveis foram avaliadas binomialmente, de forma a facilitar a análise dos resultados. As definições, categorias de referência e de contraste encontram-se agrupadas no Quadro 1.

Análise dos dados

Inicialmente, procedeu-se o cruzamento de cada variável independente com a HA. As porcentagens de presença ou ausência da hipertensão arterial referida foram anotadas, segundo as categorias das variáveis independentes. Os valores da *odds ratio* não ajustados foram calculados, como indicação de possíveis associações. Para avaliação conjunta das possíveis associações das

* Disponível em <http://www.fsp.usp.br/sabe>

variáveis independentes com a variável dependente, usaram-se a regressão logística binomial e a variável desfecho (HA), tendo as categorias zero e um como acima mencionado. Para facilidade de interpretação, as variáveis independentes foram transformadas em dicotômicas, conforme especi-

ficado. A técnica de ajuste do modelo foi realizada “por passos”. O modelo inicia-se com todas as variáveis presentes, sendo retirada em cada ciclo, aquela que menos contribuiu para o ajuste. Ao final, permanecem apenas as variáveis cujos *odds ratio* são significantes ao nível de 5%.²³

Quadro 1 - Definições, referências e contrastes das variáveis independentes utilizadas na análise. São Paulo - SP, 2000.

Variáveis independentes			
Nome	Definição	Referência	Contraste
Idade	Idade em anos	60 a 74	≥ a 75
Nacionalidade	Nacionalidade do entrevistado	Brasileiro	Estrangeiro
Escolaridade	Anos de estudo completados	Até 3 anos	≥ 4 anos
Renda	Posição na distribuição de acordo com o quintil	Até o 2º quintil	≥ ao 2º quintil
Disponibilidade de dinheiro	Considera suficiente o dinheiro disponível	Sim	Não
Etnia	Raça ou cor referida	Branco	Não Branco
Filhos	Número de filhos tidos	Até 2 filhos	≥ a 3 filhos
União	Condição marital	Sem cônjuge	Com cônjuge
Depressão	Presença de depressão	Não	Sim
Diabetes	Auto-referência ao diabetes	Não	Sim
Neoplasias	Auto-referência a neoplasias	Não	Sim
Doença pulmonar crônica	Auto-referência a doença pulmonar obstrutiva crônica	Não	Sim
Doença cardíaca	Doença cardiovascular	Não	Sim
Doença cerebrovascular	Auto-referência à doença cerebrovascular	Não	Sim
Doença ósteo-articular	Auto-referência à doença ósteo-articular	Não	Sim
Problema nervoso ou psiquiátrico	Auto-referência a doenças psiquiátricas	Não	Sim
Estado de saúde	Saúde referida	Bom	Regular/Mau
Índice de Massa Corpórea (IMC)	Posição na distribuição do IMC	Até 3º quartil	≥ ao 3º quartil
Razão cintura-quadril (RCQ)	Razão cintura-quadril	Abaixo da mediana	Acima da mediana
Bebida alcoólica	Consumo de álcool nos últimos 3 meses	Não	Sim
Tabagismo	Consumo de tabaco	Nunca	Fuma ou fumou
Menopausa	Idade da última menstruação	Antes de 50 anos	≥ a 50 anos
Terapia de reposição hormonal	Usa ou usou hormônio	Não	Sim
Variável dependente (resposta)			
Hipertensão	Hipertensão arterial referida	Não	Sim

RESULTADOS

No município de São Paulo, os resultados apontam que a prevalência da hipertensão arterial referida foi de 55,3% em mulheres com 60 a 74 anos e de 60,7% para o grupo acima de 75 anos.

Nos dados das Tabelas 1, 2 e 3, a seguir, constam as análises bivariadas das variáveis independentes com a variável dependente e os valores dos *odds ratio* não ajustados.

Tabela 1 - Prevalência de hipertensão arterial referida, segundo as variáveis sociodemográficas e respectivos odds ratio (não ajustados). São Paulo - SP, 2000.

Variáveis	Hipertensão referida		Odds ratio
	Não (%)	Sim (%)	
Filhos			
até 2 filhos	49,8	50,2	1,56
≥ 3 filhos	38,6	61,4	
Etnia			
Branco	45,6	54,4	1,35
Não Branco	38,2	61,2	
Disponibilidade de dinheiro			
Sim	48,2	51,8	1,34
Não	40,9	59,1	
Idade			
60 a 74	44,7	55,3	1,25
≥ 75	39,3	60,7	
Nacionalidade			
Brasileiro	43,8	56,2	1,25
Estrangeiro	38,3	61,7	
União			
Sem cônjuge	44,4	55,6	1,10
Com cônjuge	42,0	58,0	
Escolaridade			
Até 3 anos	38,4	61,6	0,67
≥ 4 anos	48,2	51,7	
Renda			
Até o 2º quintil	38,3	61,7	0,62
≥ do 2º quintil	50,1	49,9	

O fato de apresentar idade acima de 75 anos e ser estrangeiro elevou em 25% a chance de ter hipertensão arterial referida. O mesmo ocorreu para falta de disponibilidade de dinheiro, cor da pele informada não branca, ter três filhos ou mais e ter cônjuge que elevaram as chances de ter hipertensão arterial referida em 34%, 35%, 56% e 10%, respectivamente.

Em relação à escolaridade e renda, os achados demonstraram que ter essas variáveis em níveis mais elevados exerceu efeito protetor para hipertensão arterial referida.

As doenças cardíacas e o diabetes foram expressivos fatores associados, pois suas ocorrências

aumentaram as chances de hipertensão arterial referida em mais de três vezes, e a presença de doença cerebrovascular cerca de duas vezes. Ressalta-se, ainda, que fatores psicoemocionais, também, elevaram as chances de hipertensão arterial referida, embora em menor magnitude.

Tabela 2 - Prevalência da hipertensão arterial referida, segundo as variáveis de doenças referidas e estado de saúde e respectivos odds ratio (não ajustados). São Paulo - SP, 2000.

Variáveis	Hipertensão referida		Odds ratio
	Não (%)	Sim (%)	
Diabetes			
Não	48,8	51,2	3,85
Sim	19,8	80,2	
Doença cardíaca			
Não	48,1	51,9	3,10
Sim	23,0	77,0	
Doença cérebro vascular			
Não	44,5	55,5	2,17
Sim	27,0	73,0	
Doença ósteo-articular			
Não	47,6	52,4	1,49
Sim	37,8	62,2	
Depressão			
Não	45,0	55,0	1,24
Sim	39,7	60,3	
Problema nervoso ou psiquiátrico			
Não	43,7	56,3	1,07
Sim	42,1	57,9	
Doença pulmonar crônica			
Não	43,4	55,6	0,99
Sim	43,6	56,4	
Neoplasias			
Não	43,3	56,7	0,94
Sim	44,6	55,4	
Estado de saúde			
Bom	54,3	45,7	2,23
Regular/mau	34,7	65,3	

A auto-avaliação do estado de saúde confirma o potencial de bom marcador para várias patologias, incluindo a HA que teve seu risco aumentado por 2,23 na categoria regular/mau.

Tabela 3 - Prevalência de hipertensão arterial referida, segundo as variáveis antropométricas, hábitos de vida, menopausa e respectivos *odds ratio* (não ajustados). São Paulo - SP, 2000.

Variáveis	Hipertensão referida		Odds ratio
	Não (%)	Sim (%)	
Índice de massa corpórea			
Até o 3º quartil	48,8	51,2	2,22
≥ 3º quartil	30,0	70,0	
Razão cintura quadril			
Abaixo da mediana	49,4	50,6	1,83
Acima da mediana	34,9	65,1	
Tabagismo			
Nunca	45,6	54,4	1,36
Fuma ou fumou	38,1	61,9	
Bebida alcoólica			
Não	41,1	58,9	0,64
Sim	52,2	47,8	
Menopausa			
Antes de 50 anos	43,3	56,7	0,90
≥ a 50 anos	46,0	54,0	
Terapia de reposição hormonal			
Não	42,7	57,3	0,87
Sim	46,2	53,8	

O índice de massa corpórea na faixa mais elevada aumentou em 2,2 vezes a chance de hipertensão arterial referida, enquanto para a razão cintura-quadril o acréscimo foi de 83%. Por outro lado, entre os hábitos de vida, a ingestão de bebida alcoólica teve efeito protetor e o hábito de tabagismo atual ou anterior aumentou em 36% a chance de hipertensão arterial referida.

Quanto as variáveis menopausa (após 50 anos) e fazer uso de terapia de reposição hormonal, apresentaram efeito protetor.

Os dados da Tabela 4 apresentam os resultados do modelo final de regressão logística múltipla. Nesta análise, permaneceram como fatores associados idade, IMC, diabetes, número de filhos, doença cardíaca e o estado de saúde.

Todas as variáveis que permaneceram no modelo são fatores associados ao risco, não se obtendo nenhuma como fator de proteção. As variáveis mais importantes foram: diabetes e doença cardíaca,

que aumentaram as chances acima de três vezes de ocorrer hipertensão arterial referida. O estado de saúde citado confirmou ser um bom marcador para a ocorrência da hipertensão arterial referida. Idade mais elevada e maior número de filhos, também, permaneceram significativamente associados em níveis semelhantes. O índice de massa corporal, embora significativa, apresentou menor contribuição para a associação com a hipertensão neste estudo.

Tabela 4 - Análise de regressão múltipla dos fatores associados à hipertensão arterial referida em mulheres idosas. São Paulo - SP, 2000.

Variáveis	Odds ratio _{aj}	Intervalo de Confiança (95%)
Diabetes	3,43	1,948 – 6,031
Doença cardíaca	3,32	1,909 – 5,779
Estado de saúde	2,00	1,346 – 2,963
Idade	1,57	1,061 – 2,320
Filhos	1,51	1,020 – 2,238
IMC	1,04	1,001 – 1,078

N = 598 Log pseudolikelihood = -364.63 Teste Wald (Chi2)z = 0.000 Pseudo R2 = 0,116

DISCUSSÃO

Reconhecidamente, a hipertensão arterial é uma doença de alta prevalência nacional e mundial, acompanhada de elevado risco de morbidade e mortalidade que se constitui em um grave problema de saúde pública. Além disso, sua evolução é lenta e silenciosa, o que dificulta a percepção dos indivíduos portadores da doença. Nesse sentido, uma das limitações do atual estudo foi a utilização da informação referida sobre a ocorrência de hipertensão arterial. No entanto, como abordado na introdução, pela facilidade a hipertensão arterial referida tem sido utilizada em grandes inquéritos de saúde de base populacional. Assim, um estudo realizado no Brasil verificou que a hipertensão auto-referida é um indicador apropriado com sensibilidade e especificidade relativamente elevadas.¹⁸ Embora, pesquisas feitas em nosso meio apontem que cerca de um quarto²⁴ a metade¹⁶ dos indivíduos desconhece sua condição de hipertenso. Por outro lado, os trabalhos mencionam que, em geral, o conhecimento da hipertensão é maior entre as mulheres.²⁴⁻²⁷

No município de São Paulo, a prevalência da hipertensão arterial referida foi de 55,3% nas mu-

lheres entre 60 e 74 anos e 60,7% no grupo acima de 75 anos. Os dados da PNAD de 1998 mostram que 49,7% das mulheres brasileiras citaram hipertensão arterial, considerando a faixa etária acima de 60 anos.²⁷ Também, utilizando a mesma metodologia, valores semelhantes foram observados no estudo transversal de base populacional com mulheres idosas residentes na área urbana do município de Campinas, que constatou prevalência de hipertensão de 50,4%; 54,1% e 52% nas faixas 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e ≥ 80 anos, respectivamente.²⁵

No entanto, pesquisa realizada em Cianorte - Paraná, com avaliação dos níveis pressóricos, verificou maior prevalência de hipertensão arterial (72,4%) nas mulheres na faixa etária de 60 a 69 anos.¹⁶ Na cidade de Bambuí - Minas Gerais, o estudo de base populacional medindo a pressão indiretamente encontrou 61,5% dos idosos (homens e mulheres) com hipertensão arterial.²⁴ Outro estudo transversal realizado em Rotterdam - Holanda, com 7.983 participantes, com 55 anos ou mais e avaliação indireta da pressão arterial com ponto de corte em $\geq 160/95$ mmHg, encontrou menor prevalência de hipertensão entre as mulheres idosas (39%).²⁸ Estes resultados apontam que a doença hipertensiva é um problema de saúde, não só dos grandes centros urbanos, mas também de cidades pequenas, como Bambuí e Cianorte.

Entre os fatores de risco para hipertensão arterial, são citados na literatura: hereditariedade, idade avançada, sexo feminino, grupo étnico, menor nível de escolaridade, condição socioeconômica desfavorável, obesidade, etilismo, sedentarismo, tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais.^{14,25}

Neste estudo, os resultados apontaram como fatores associados à hipertensão arterial referida na análise bivariada: idade acima de 75 anos, ser estrangeiro, cor da pele não branca, ter três filhos ou mais, ter companheiro, falta de disponibilidade de dinheiro. Entre as doenças mencionadas, sobressaíram: diabetes, doença cardíaca e cerebrovascular, maiores índices de massa corporal e razão cintura-quadril, além de tabagismo atual ou anterior. Após ajustamento, algumas dessas variáveis foram confirmadas pela análise multivariada, porém outras perderam a importância, provavelmente, por traduzirem seus papéis de associações secundárias. As variáveis que permaneceram no modelo, em ordem decrescente de magnitude, foram: diabetes, doença cardíaca, estado de saúde, idade mais avançada, maior número de filhos e maior IMC.

Destaca-se que o aumento do IMC nas faixas de sobrepeso e obesidade tem sua magnitude

caracterizada por se constituir em fator de risco, tanto para hipertensão como para diabetes. Estas doenças contribuem para problemas cardiovasculares que representam a principal causa de morbidade e mortalidade em nosso meio. Estudo desenvolvido com a mesma base de dados da pesquisa SABE demonstrou prevalência de 40,5% de obesidade entre as mulheres acima de 60 anos.²⁹

Os fatores de risco diabetes e doença cardíaca, encontrados na atual pesquisa, estão em consonância com os resultados de outros estudos.^{25,27-28} Ligado a essas co-morbidades, o IMC elevado também foi um fator que apresentou associação com a hipertensão, semelhante aos observados em outros trabalhos.²⁴⁻²⁶ Cabe destacar que a avaliação do estado de saúde de forma insatisfatória, provavelmente, tenha resultado da associação dos diferentes fatores, fato comprovado por outros autores.²⁵⁻²⁶

Quanto à associação do maior número de filhos e hipertensão referida, poderia ser decorrente da implicação de uma condição socioeconômica mais desfavorável.

No que tange à idade, observou-se no estrato superior maior prevalência da hipertensão arterial, o que é esperado, pois a tendência da pressão arterial é de aumento com o passar dos anos, fato comprovado em diferentes populações.^{14,16,25,27-28}

Finalmente, considerando o delineamento deste estudo, uma das limitações foi a impossibilidade de se afirmar a temporalidade dos fatores associados encontrados. Para tanto, é necessário o desenvolvimento de estudos longitudinais, que estão sendo realizados no presente momento. Outro aspecto, que merece ser comentado, é que pesquisas de morbidade auto-referidas podem subestimar as prevalências das doenças, em razão de problemas de memória ou mesmo falta de diagnóstico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos estudos demonstrarem progressos na prevenção, detecção, tratamento e controle da hipertensão nas últimas décadas, o desafio para controlar a doença é grande e parece ser comum, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento.

Os dados do presente estudo corroboram os achados já evidenciados na literatura que destacam a importância da faixa etária elevada no aumento da prevalência da hipertensão arterial. Acrescenta-se, ainda, que condições importantes como fatores associados, a saber: doença cardiovascular, diabetes e obesidade demonstraram mais

uma vez que os profissionais da saúde devem reunir esforços com ações preventivas, visando a minimizar o aparecimento de complicações decorrentes do quadro hipertensivo.

Embora a cidade de São Paulo tenha sido escolhida por ser considerada uma grande metrópole e, por tal razão, envolver uma ampla diversidade de idosos (diferentes etnias, culturas, estratos socioeconômicos, estruturas sociais, entre outros), mais estudos podem ser necessários, considerando as divergências das regiões brasileiras.

REFERÊNCIAS

- 1 Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, Néri AC, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2002. p.58-71.
- 2 Veras RP. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: uma revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad. Saúde Pública. 2003 Maio-Jun; 19 (3): 705-15.
- 3 Duarte YAO. Envelhecimento, funcionalidade e arranjos domiciliares na América Latina e Caribe [tese livre-docência]. São Paulo (SP): USP/Escola de Enfermagem; 2005.
- 4 Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública. 2003 Maio-Jun; 19 (3): 725-33.
- 5 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. Diário Oficial da União, Brasília, 5 Jan 1994. Seção 1.
- 6 Rodrigues NC, Rauth J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV, Py L, Néri AC, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2002. p.106-10.
- 7 Veras R. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde. Rev. USP. 2001 Set-Nov; (51): 72-85.
- 8 Fundação IBGE. População: censos demográficos, 2000 [online]. Rio de Janeiro (RJ): 2000 [acesso em 2006 Jun 21]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- 9 Fundação IBGE. População: censos demográficos, 2000 [online]. Rio de Janeiro (RJ): 2000 [acesso em 2006 Set 03]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- 10 Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Néri AC, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002. p.72-8.
- 11 Veras RP. Atenção preventiva ao idoso: uma abordagem de saúde coletiva. In: Papaléo Netto M, editor. Gerontologia. São Paulo (SP): Atheneu; 1996. p.383-93.
- 12 Pierin AMG, Mion Júnior D. Atuação da equipe de Enfermagem na hipertensão arterial. In: Ministério da Saúde (BR), Programa de Saúde da Família; Universidade de São Paulo, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Manual de Enfermagem. São Paulo (SP): MS/USP; 2001. p.149-54.
- 13 Brandão AP, Brandão AA, Freitas EV, Magalhães MEC, Pozzan R. Hipertensão arterial no idoso. In: Freitas EV, Py L, Néri AC, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002. p.249-62.
- 14 Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo (SP): SBC/SBH/SBN; 2006.
- 15 World Health Organization. Hypertension control. Geneva (CH): WHO 1996 [Technical Reports Series, 862].
- 16 Oliveira RZ, Nogueira JL. Hipertensão arterial no município de Cianorte, Estado do Paraná, Brasil. Acta Sci Health Sci. 2003 Jan-Jun; 25 (1): 75-9.
- 17 Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension. 2003 Dec; 42 (6): 1206-52.
- 18 Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). Rev. Saúde Pública. 2004 Out; 38 (5): 637-42.
- 19 Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Plan and operation of the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-94. Vital Health Stat. 1. 1994 Jul; (32): 1-407.
- 20 Fundação IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 98). Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 1998.
- 21 Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. Rev. Bras. Epidemiol. 2005 Jun; 8 (2): 127-41.
- 22 Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev. Panam Salud Publica. 2005 Mayo-Jun; 17 (5/6): 307-22.
- 23 Hamilton LC. Statistics with STATA. Toronto (CA): Doxbury/Thomson Learning; 2003.
- 24 Firmo JOA, Barreto SM, Lima-Costa MF. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. Cad. Saúde Pública. 2003 Maio-Jun; 19 (3): 817-27.
- 25 Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos:

- prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006 Fev; 22 (2): 285-94.
- 26 Firmo JOA, Uchôa E, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. *Cad. Saúde Pública*. 2004 Mar-Abr; 20 (2): 512-21.
- 27 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 Maio-Jun; 19 (3): 735-43.
- 28 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 Mar; 35 (3): 814-21.
- 29 Barbosa AR, Souza JMP, Lebrão ML, Marucci MFN. Estado nutricional e desempenho motor de idosos de São Paulo. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2007 Jan-Fev; 53 (1): 75-9.