

EFETIVIDADE DE PROGRAMA DE APOIO A TERCEIRA IDADE NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Resumo: Estudar o perfil do idoso portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) inserido em um Grupo de Apoio a Terceira Idade (GATI), sua adesão ao tratamento medicamentoso e o controle dos níveis pressóricos. Estudo transversal, descritivo e comparativo em 72 idosos portadores de HAS divididos em dois grupos: participantes e não participantes de um GATI na cidade de Jequeri (MG). Os dados foram coletados por entrevistas através do questionário de adesão a medicamentos auto referido, aferição da pressão arterial e coleta de dados do prontuário. A maioria dos indivíduos era do sexo feminino, casados e praticavam atividades físicas regulares. Os participantes do GATI apresentaram maior escolaridade, maior adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, maior proporção de praticantes de atividades físicas, menor IMC e menor proporção de fumantes e melhores índices pressóricos. A implementação de GATI pode auxiliar no controle dos níveis pressóricos em pacientes portadores de HAS.

Descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica, Idoso, Envelhecimento.

Effectiveness of a support program for the elderly in the control of Systemic Arterial Hypertension

Abstract: To study the profile of elderly patients with Systemic Arterial Hypertension (SAH) included in a support program for elderly people (SPEP) at Jequeri city (MG), as well as their drug treatment adherence and control of blood pressure levels. Cross-sectional, descriptive and comparative study performed in 72 elderly patients with SAH divided into two groups: participants and non-participants of a SPEP. The data were collected by interviews through a self-reported adherence questionnaire, blood pressure measurement, as well as the collection of relevant information to the patient's medical record. Most of the individuals were female, married, and engaged in regular physical activity. SPEP participants presented higher schooling, greater adherence to the medical treatment of hypertension, greater proportion of physical activity practitioners, lower BMI, a lower proportion of smokers and better blood pressure indexes. The implementation of SPEP can help control pressure levels in patients with SAH.

Descriptors: Systemic Arterial Hypertension, Elderly, Senior group, Aging.

Efectividad de programa de apoyo a la tercera edad en el control de la hipertensión arterial

Resumen: Estudar o perfil do idoso portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) inserido em um Grupo de Apoio a Terceira Idade (GATI), sua adesão ao tratamento medicamentoso e o controle dos níveis pressóricos. Estudo transversal, descritivo e comparativo em 72 idosos portadores de HAS divididos em dois grupos: participantes e não participantes de um GATI na cidade de Jequeri (MG). Os dados foram coletados por entrevistas através do questionário de adesão a medicamentos auto referido, aferição da pressão arterial e coleta de dados do prontuário. A maioria dos indivíduos era do sexo feminino, casados e praticavam atividades físicas regulares. Os participantes do GATI apresentaram maior escolaridade, maior adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, maior proporção de praticantes de atividades físicas, menor IMC e menor proporção de fumantes e melhores índices pressóricos. A implementação de GATI podem auxiliar no controle dos níveis pressóricos em pacientes portadores de HAS.

Descriptores: Hipertensão Arterial Sistêmica, Idoso, Envelhecimento.

Eduardo Expedito Valeriano Batista
Mestre em Ciências da Saúde (Faculdade de Ciências médicas de Minas Gerais).
Enfermeiro Especialista em Saúde da Família e em Gerontologia (PUC Minas).
E-mail: edubatista90@yahoo.com.br

Bruno Almeida Rezende
Mestrado e Doutorado em Fisiologia e Farmacologia (UFMG). Professor Adjunto e do programa de Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.
E-mail: bruno.rezende@cienciasmedicasmg.edu.br

Submissão: 29/04/2019
Aprovação: 14/09/2019

Como citar este artigo:

Batista EEV, Rezende BA. Efetividade de programa de apoio a terceira idade no controle da hipertensão arterial. São Paulo: Revista Recien. 2019; 9(28):26-36.

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) encontra-se presente em mais de 60% dos idosos. O diagnóstico correto e a persistência dos pacientes no acompanhamento são fatores-chave para atingir a meta adequada de tratamento e reduzir a morbimortalidade por acometimento cardiovascular¹. Manter a Pressão Arterial (PA) em níveis normais é um desafio ao envelhecer, pois há uma forte tendência de aumento dos níveis pressóricos a cada década de vida^{2,3}.

Aderir ao tratamento de uma doença - neste estudo aderir ao tratamento da HAS - implica em benefícios significativos aos pacientes. As ações educativas passam a ser estratégia fundamental em distribuir e compartilhar informações sobre a doença em si, riscos, tratamento e meios para obter uma melhora na qualidade de vida. A busca de medidas para adesão e controle da HAS poderá evitar que o idoso apresente inúmeras complicações decorrentes da descompensação hemodinâmica e melhore a sua sobrevida^{4,5}.

Os grupos da terceira idade, também chamados de Grupos da Melhor Idade (GMI) são projetos sociais totalmente voltados a manutenção da saúde e bem estar de pacientes idosos. A criação destes projetos se tornou bastante frequente no Brasil e estes buscam inserir em sua população alvo diversas atividades, tais como: recreativas, físicas, culturais e bem como fornecer orientações sobre os cuidados com a saúde em geral. Um dos principais objetivos dos grupos da terceira idade é orientar seus participantes, por meio de palestras informativas sobre aderir ao tratamento de sua (as) doença (as) de base⁶.

Objetivo

A presente pesquisa tem por objetivo avaliar a efetividade das ações executadas no GMI na cidade de Jequeri (MG) em relação a adesão ao tratamento medicamentoso e controle da HAS. A partir deste estudo será possível traçar estratégias para o aprimoramento das atividades executadas pelo GMI nesta cidade.

Material e Método

Este é um estudo transversal, descritivo e comparativo em pacientes idosos diagnosticados com HAS participantes e não participantes de um grupo de terceira idade - Grupo Viva Bem - aderidos a Unidade Básica de Saúde (UBS) Otávio Mafia Gomes, situada à rua Francisco Romualdo Neto, 34, Bairro João Bosco Calais, Jequeri, Minas Gerais.

Para o cálculo do tamanho da amostra considerou-se que as variâncias das medidas de pressão arterial média de idosos inseridos e não inseridos em grupos de terceira idade são iguais. Assim, o tamanho da amostra para se detectar uma diferença entre as médias de PA dos idosos inseridos e não inseridos de 10 mmHg é de 36 para cada grupo, totalizando 72 pacientes, em nível de significância de 5% e poder de 90%⁷. Os grupos foram divididos em participante do grupo da melhor idade (GMI) e não participante do grupo de melhor idade (NGMI).

Foram considerados como fatores de inclusão para o estudo: idade igual ou superior a 60 anos, ser diagnosticado com HAS de acordo com as diretrizes brasileiras atuais⁵, não ter distúrbios psiquiátricos que inviabilizem a resposta aos questionários utilizados no estudo, estar adscrito à Unidade Básica de Saúde Otávio Mafia Gomes, por um período maior que um

ano e estarem em tratamento medicamentoso indicado para a HAS durante este período.

Foram considerados como fatores de exclusão para o estudo: frequência inferior a 60% as reuniões do grupo nos últimos seis meses, em relação à data de realização da coleta de dados para os participantes do GMI. Alteração da prescrição medicamentosa para tratamento de HAS nos últimos seis meses em relação a data de coleta dos dados.

Com o intuito de estimar a correta adesão ao tratamento medicamentoso para o tratamento da HAS foi aplicado o questionário de adesão auto referida denominado Questionário de Adesão a Medicamentos - QUALIAIDS (QAM-Q), no qual se identifica a atitude e comportamento quanto ao uso da medicação. Por meio de três perguntas, tal questionário permite a construção de medidas de não-adesão⁸.

Os participantes da pesquisa foram selecionados de forma aleatória ao procurar o serviço de saúde referido. Em um primeiro momento, em sala reservada da unidade de saúde foco, foram expostos os objetivos do estudo e posteriormente solicitada a leitura e assinatura do TCLE. Após este processo o paciente respondeu ao QAM-Q e também respondeu a perguntas sobre a qualidade de vida.

Logo após a aplicação do questionário, foi realizada a aferição da PA, que foi realizada utilizando-se o aparelho esfigmomanometro digital (modelo Microlife BP A100 plus) validado para pesquisa de acordo com critérios estabelecidos pela European Society of Hypertension. As aferições foram realizadas a partir de três medidas consecutivas com o intervalo de 1 minuto entre as mesmas. A média das duas últimas medidas foi considerada a PA real. Caso as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas

apresentassem uma diferença maior que 4 mmHg, eram realizadas novas medidas até que se obtivessem medidas com diferença inferior. Todos estes critérios para a aferição da PA foram seguidos de acordo com o que foi preconizado pela European Society of Hypertension⁹. A aplicação do Questionário QAM-Q bem como todas as medidas foram realizadas por um mesmo operador para evitar erros na técnica de mensuração da PA e coleta de dados do questionário devido a variações individuais na operação do equipamento, preparo e orientação do paciente⁵.

Dados adicionais relevantes foram coletados do prontuário do paciente e posteriormente analisados com o intuito de se ampliar dados a pesquisa. Abaixo segue a lista de informações que foram utilizadas na pesquisa: Sexo; Peso da última consulta; Altura.

Além dos dados acima coletados no prontuário, alguns dados adicionais foram obtidos juntamente com a aplicação do questionário QAM-Q com o intuito de se fazer uma avaliação socioeconômica do paciente. Estes dados foram: Escolaridade; Ocupação; Estado Civil; Prática de atividade física (atividades de no mínimo 30 minutos pelo menos 3 vezes por semana, de acordo com as diretrizes estabelecidas para pratica de atividade física por idosos pelo American College of Sports Medicine)¹⁰.

Os resultados foram analisados e comparados entre os dois grupos. A pesquisa se iniciou após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG) (CAAE 47152415.6.0000.5134), parecer número 1267226 em outubro de 2015.

Após a coleta dos dados propostos os mesmos foram organizados em grupos que correlacionavam as diversas variáveis obtidas através do questionário

aplicado, das mensurações de PA realizadas e dos dados coletados no prontuário do paciente.

As variáveis categóricas foram apresentadas como contagens e percentuais, e as numéricas como média \pm desvio-padrão. As variáveis numéricas foram submetidas ao teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Para comparação de variáveis numéricas entre grupos foi utilizado o teste t-Student para amostras independentes. A associação entre variáveis categóricas foi avaliada via teste exato de Fisher ou teste qui-quadrado de independência, quando adequados. A análise foi desenvolvida no programa R versão 3.3.2 e foi adotado nível de significância de 5%.

Esta pesquisa ofereceu riscos mínimos aos participantes da pesquisa e seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, publicada em 13 de junho de 2013, no Diário Oficial da União, revogando a Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996.

Resultados

A amostra do estudo foi composta por 72 idosos, com 60 anos ou mais, dos quais metade era participante do GMI. A maioria dos indivíduos era do sexo feminino (72,2%), com idade entre 70 e 79 anos (36,1%), casados (51,4%) e 40,3% eram analfabetos. Quase todos os idosos eram aposentados (95,8%) e 29,2% eram fumantes. 59,7% deles praticavam atividades físicas regulares. Quanto às características clínicas, a adesão ao tratamento medicamentoso para HAS foi observada em 52,8% dos idosos. 38,9% tinham Índice de Massa Corpórea (IMC) menor que 25 kg/m². Os valores médios observados para a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD) foram 145,8 \pm 25,7 e 85 \pm 16,2 mmHg,

respectivamente. Os valores médios das medidas de PA aumentavam com a idade, porém sem diferença significativa. Mais da metade dos participantes, 55,6%, eram hipertensos não compensados (Tabela 1).

Tabela 1. Características da amostra Jequiri, MG, Brasil. 2016.

Variáveis	n=72
Características sociodemográficas	
Sexo	
Masculino	20 (27,8%)
Feminino	52 (72,2%)
Faixa etária	
60 a 69 anos	25 (34,7%)
70 a 79 anos	26 (36,1%)
80 anos ou mais	21 (29,2%)
Estado civil	
Solteiro	9 (12,5%)
Casado	37 (51,4%)
Divorciado/viúvo	26 (36,1%)
Escolaridade	
Analfabeto	29 (40,3%)
Ensino fundamental incompleto/completo	25 (34,7%)
Ensino médio/ superior	18 (25%)
Ocupação	
Aposentado	69 (95,8%)
Outras1	3 (4,2%)
Estilo de vida	
Fumantes	21 (29,2%)
Prática de atividades físicas	43 (59,7%)
Características clínicas	
Adesão ao tratamento	38 (52,8%)
Índice de Massa Corporal	
Eutrófico (<25 kg/m ²)	28 (38,9%)
Sobrepeso (25-29,9 kg/m ²)	26 (36,1%)
Obeso (\geq 30 kg/m ²)	18 (25%)
Pressão arterial (PA) (em mmHg)	
Sistólica (PAS)	145,8 \pm 25,7
60 a 69 anos	139 \pm 21,8
70 a 79 anos	145,9 \pm 22,7
80 anos ou mais	151 \pm 31,3

Diastólica (PAD)	85 ± 16,2
60 a 69 anos	79,3 ± 10
70 a 79 anos	86,9 ± 19,9
80 anos ou mais	88,3 ± 15,6

Classificação PA²

Normal	11 (15,3%)
Pré-hipertensão	21 (29,2%)
Hipertensão	40 (55,6%)
60 a 69 anos	11 (27,5%)
70 a 79 anos	13 (32,5%)
80 anos ou mais	16 (40%)

Notas sobre a Tabela 1: ¹Na categoria outras: comerciante, professor e agricultor ²Classificação PA (em mmHg): Normal

- PAS ≤ 120 e PAD ≤ 80; Pré-hipertensão: pelo menos um dos critérios: PAS entre 121 e 139 e PAD entre 81 e 89; Hipertensão: pelo menos um dos critérios: PAS ≥ 140 e PAD ≥ 90. Quando a PAS e a PAD estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada na classificação.

A participação em GMI associou-se à escolaridade (p<0,001), indicando que a proporção de indivíduos analfabetos foi maior entre os não participantes de GMI. A proporção de fumantes foi maior entre os participantes do NGMI (p=0,001) e a proporção de indivíduos que praticam atividades físicas regulares foi também menor neste grupo (p<0,001) (Tabela 2).

Tabela 2. Características sociodemográficas e de estilo de vida segundo a participação em Grupos de Melhor Idade (GMI). Jequiri, MG, Brasil. 2016.

Variáveis	Participantes GMI (n=36)	Não participantes GMI (n=36)	P-valor
Sexo			0,066 ^Q
Masculino	6 (16,7%)	14 (38,9%)	
Feminino	30 (83,3%)	22 (61,1%)	
Faixa etária			0,191 ^Q
60 a 69 anos	14 (38,9%)	11 (30,6%)	
70 a 79 anos	15 (41,7%)	11 (30,6%)	
80 anos ou mais	7 (19,4%)	14 (38,9%)	
Estado civil			0,178 ^Q
Solteiro	7 (19,4%)	2 (5,6%)	
Casado	16 (44,4%)	21 (58,3%)	
Divorciado/viúvo	13 (36,1%)	13 (36,1%)	
Escolaridade			<0,001 ^Q
Analfabeto	1 (2,8%)	28 (77,8%)	
Ensino fundamental incompleto/ completo	17 (47,2%)	8 (22,2%)	
Ensino médio/ superior	18 (50%)	-	
Ocupação			0,239 ^F
Aposentado	33 (91,7%)	36 (100%)	
Outras ¹	3 (8,3%)	-	
Fumantes			0,001 ^F
60 a 69 anos	1 (7,1%)	5 (45,5%)	0,056 ^F
70 a 79 anos	2 (13,3%)	8 (72,7%)	0,004 ^F

80 anos ou mais	1 (14,3%)	4 (28,6%)	0,624 ^F
Prática de atividades físicas	36 (100%)	7 (19,4%)	<0,001^F
Aderentes ao tratamento medicamentoso	25 (69,4%)	13 (36,1%)	0,009^Q
60 a 69 anos	13 (92,9%)	5 (45,5%)	0,021^F
70 a 79 anos	8 (53,3%)	6 (54,5%)	1,000 ^F
80 anos ou mais	4 (57,1%)	2 (14,3%)	0,120 ^F

Notas sobre a Tabela 2: Os p-valores referem-se aos testes ^Qqui-quadrado de independência e ^Fexato de Fisher. ¹Na categoria outras: comerciante, professor e agricultor.

Os participantes do GMI apresentaram maior adesão ao tratamento medicamentoso para a HAS (p=0,009; Tabela 2). O grupo GMI também apresentou maior percentual de indivíduos com IMC menor que 25 kg/m² (p=0,003) e menor pressão sistólica média para aqueles com idade entre 60 e 69 anos (p=0,031) (Tabela 3).

Tabela 3. Características clínicas para toda a amostra e segundo a participação em Grupos de Melhor Idade (GMI) (GMI). Jequiri, MG, Brasil. 2016.

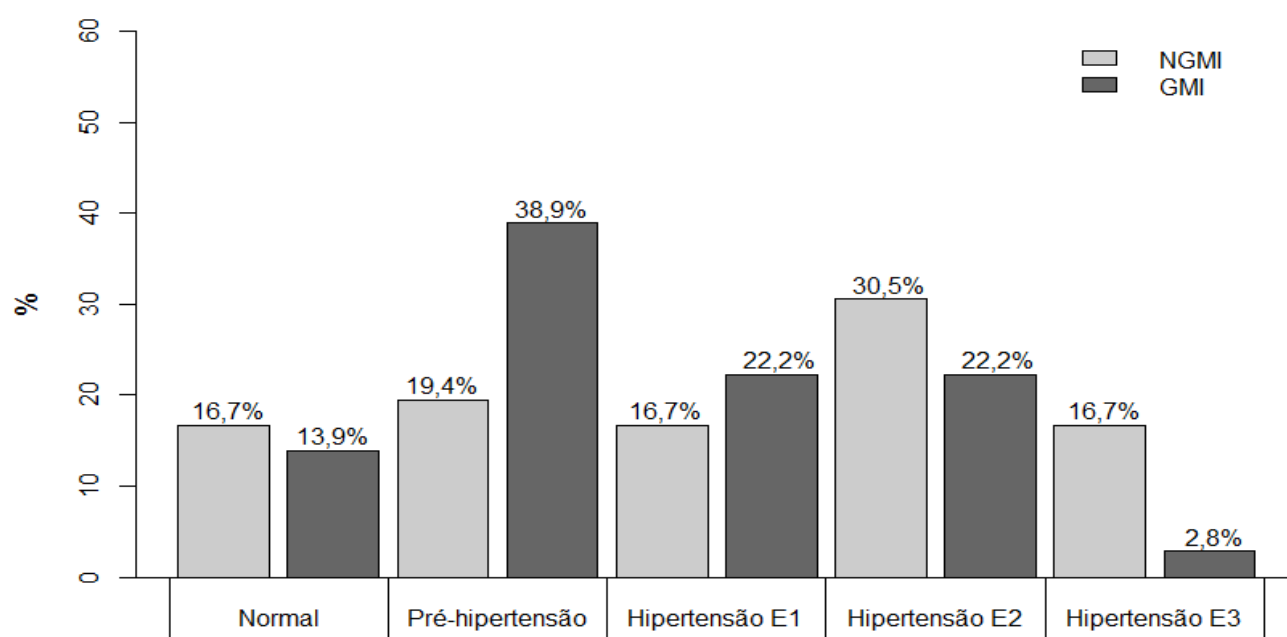
Variáveis	Participantes GMI (n=36)	Não participantes GMI (n=36)	P-valor
Adesão ao tratamento	25 (69,4%)	13 (36,1%)	0,009^Q
Índice de Massa Corporal			0,003^Q
Eutrófico (<25 kg/m ²)	19 (52,8%)	9 (25%)	
Sobrepeso (25-29,9 kg/m ²)	14 (38,9%)	12 (33,3%)	
Obeso (≥30 kg/m ²)	3 (8,3%)	15 (41,7%)	
Pressão arterial (PA) (em mmHg)			
Sistólica (PAS)	140,8 ± 23,1	150,8 ± 27,4	0,096 ^T
60 a 69 anos	131,9 ± 17,7	154,1 ± 22,1	0,031^T
70 a 79 anos	145,5 ± 20,2	146,4 ± 26,8	0,932 ^T
80 anos ou mais	148,1 ± 34,2	152,2 ± 31	0,793 ^T
Diastólica (PAD)	83,9 ± 12,6	86,2 ± 19,3	0,556 ^T
60 a 69 anos	80,3 ± 10,1	77,5 ± 10,3	0,548 ^T
70 a 79 anos	84,8 ± 12,6	89,8 ± 27,5	0,583 ^T
80 anos ou mais	89,1 ± 16,4	87,9 ± 15,8	0,866 ^T
Classificação PA¹			0,190 ^Q
Normal	5 (13,9%)	6 (16,7%)	
Pré-hipertensão	14 (38,9%)	7 (19,4%)	
Hipertensão	17 (47,2%)	23 (63,9%)	
60 a 69 anos	5 (29,4%)	6 (26,1%)	0,137 ^Q

70 a 79 anos	8 (47,1%)	5 (21,7%)	
80 anos ou mais	4 (23,5%)	12 (52,2%)	
Hipertensão sistêmica isolada ²	3 (8,3%)	5 (13,9%)	0,710 ^F

Notas sobre a Tabela 3: Os p-valores referem-se aos testes ^Q qui-quadrado de independência, ^F exato de Fisher e ^T t-Student para amostras independentes. ¹Classificação PA (em mmHg): Normal - PAS ≤ 120 e PAD ≤ 80; Pré-hipertensão: pelo menos um dos critérios: PAS entre 121 e 139 e PAD entre 81 e 89; Hipertensão: pelo menos um dos critérios: PAS ≥ 140 e PAD ≥ 90. Quando a PAS e a PAD estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada na classificação. ²Definida como PAS > 140 e PAD < 90 mmHg.

Na avaliação da classificação das medidas de pressão arterial, quase a metade dos indivíduos inseridos no NGMI, 47,2%, apresentavam os casos mais graves da HAS (estágios 2 e 3) (Figura 1).

Figura 1. Classificação das medidas de pressão arterial por participação em grupos de melhor idade (GMI).



Nota: Normal (PAS ≤ 120 mmHg e PAD ≤ 80 mmHg); Pré-hipertensão (PAS entre 121 e 139 mmHg e PAD entre 81 e 89 mmHg), Hipertensão E1 (Estágio 1 - PAS entre 140 e 159 mmHg e PAD entre 90 e 99 mmHg) ; Hipertensão E 2 (Estágio 2 - PAS entre 160 e 179 mmHg e PAD entre 100 e 109 mmHg); Hipertensão E3 (Estágio 3 - PAS ≥ 180 mmHg e PAD ≥ 110 mmHg). PAS = pressão arterial sistólica; PAD= pressão arterial diastólica.

Discussão

O presente estudo possibilitou identificar as características sociodemográficas da população idosa hipertensa da cidade de Jequeri (MG) e avaliar a efetividade do programa de melhor idade implementado neste município em relação ao controle da HAS.

Analisando as características sociodemográficas, podemos observar que 72,2% da amostra total

compreendia o sexo feminino. No Brasil sabemos que as mulheres são maioria dos idosos com 60 anos ou mais (65,3%) de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹¹. Outros trabalhos realizados com estudos em pacientes idosos hipertensos em outras regiões do Brasil mostram prevalência semelhante¹². Esta maior prevalência do sexo feminino em nosso e em outros estudos provavelmente se deve ao fato de as mulheres

apresentarem maior expectativa de vida devido ao maior cuidado com a saúde geral e possuem um menor risco cardiovascular, menor índice de tabagismo, alcoolismo, e riscos ocupacionais que os homens^{5,13}.

Os dados referentes à escolaridade são alarmantes, uma vez que na população estudada, 77,8% dos entrevistados do NGMI são analfabetos em comparação aos 2,8% do GMI ($p < 0.001$). A baixa escolaridade pode contribuir de forma muito significativa para a não adesão do idoso aos projetos sociais como o GMI. Sabe-se que o analfabetismo representa uma barreira ao acesso a oportunidades de aprendizado aos cuidados relacionados a saúde, principalmente quanto ao uso de medicações¹⁴. Outro dado significativo que chama a atenção neste estudo é a maior proporção de pacientes fumantes no NGMI. Os programas de orientação sobre os riscos do tabagismo abordados entre as atividades do GMI na cidade de Jequeri podem ter contribuído para a diminuição deste hábito entre os participantes. Além disso, o maior percentual de sujeitos com baixa escolaridade no NGMI pode estar relacionado a maior proporção de tabagistas neste grupo, uma vez que vários trabalhos tem mostrado uma relação inversa entre maior nível de escolaridade a tabagismo^{15,17}.

Quando os sujeitos da pesquisa foram questionados em relação a prática de atividade física, todos os participantes do GMI relataram praticar caminhada pelo menos 3 x por semana em tempo superior a 30 minutos. No entanto, somente 19,4 % dos participantes do NGMI praticavam atividade física regularmente. Este resultado já era esperado porque o GMI da cidade de Jequeri tem foco em programas de atividade física. A maior inserção de idosos do GMI em

atividades físicas pode ter contribuído para a menor incidência de obesidade neste grupo quando comparado ao grupo NGMI (41,7 % e 8,3%).

Para avaliar os dados de pressão arterial, estratificamos os sujeitos da pesquisa em três grupos divididos por idades (60-69 anos, 70-79 anos e acima de 80 anos). Como esperado, os resultados de aferição da pressão arterial mostraram um aumento nos níveis pressóricos relacionados ao aumento da idade. De acordo com a literatura é muito mais difícil se alcançar o correto controle da HAS a medida que se avança a idade^{5,18}.

De acordo com as Diretrizes Brasileiras para controle da HAS são considerados pacientes normotensos ou com HAS controlada os que possuem valores de PAS abaixo de 139mmHg e PAD abaixo de 90 mmHg⁵. Somente o grupo de idosos com idade entre 60 e 69 anos mostrou níveis pressóricos aceitáveis (PAS 139 ± 21 , e PAD $79,3 \pm 10$ mmHg). Quando comparamos os grupos GMI e NGMI, os participantes nesta faixa etária mostraram diferença significativa no controle da PAS ($131,9 \pm 17,7$ mmHg no grupo GMI e $154,1 \pm 22,1$ mmHg no grupo NGMI – $P < 0.03$). As médias para PAD não apresentaram diferença significativa entre os grupos nesta faixa etária e encontravam-se em níveis abaixo de 80mmHg. Este resultado é bastante relevante uma vez que de acordo com as diretrizes atuais, podemos classificar os sujeitos do GMI com idade entre 60 e 69 anos como possuindo a HAS compensada e os do NGMI se classificam como sendo hipertensos não compensados. Isto nos leva a acreditar que a participação dos idosos em programas sociais como o descrito neste trabalho pode influenciar no correto controle da HAS.

Ao classificarmos os pacientes em relação a severidade da HAS, de acordo com alguns autores⁵, podemos notar que os sujeitos do NGMI apresentaram um maior percentual de distribuição no estágio mais severo de HAS (Estágio 3 = PAS \geq de 180mmHg e ou PAD \geq 110 mmHg - 16.7% e 2,8% - Figura 1). No entanto, existe um viés importante neste estudo que pode se relacionar a maior severidade dos pacientes do NGMI, que estaria relacionado a diferença de idade entre os dois grupos. Podemos notar na Tabela 2 que existe uma maior proporção de pacientes acima de 80 anos de idade no NGMI (14) em relação ao GMI (7), sendo a média de idade no NGMI também superior, mas sem diferença estatística (72,8 \pm 8,3 e 75,9 \pm 8,5 anos). Isto poderia estar relacionado a maior proporção de pacientes no estágio III de HAS para o NGMI pois a literatura científica mostra que existe uma tendência de se aumentar os níveis pressóricos diretamente com o aumento da idade^{5,18}. Este viés não se aplica ao resultado que mostra um aumento nos níveis pressóricos de NGMI em relação ao GMI na faixa etária de 60 a 69 anos porque não houve discrepância no número de participantes nesta faixa etária.

Fatores que poderiam estar relacionados ao melhor controle pressórico no GMI em relação ao NGMI poderiam estar então relacionados ao maior tabagismo e também obesidade no grupo NGMI e aumento na proporção de praticantes de atividade física no GMI. Estes fatores de risco já são universalmente conhecidos como associados ao descontrole dos níveis pressóricos. O tabagismo se relaciona muito a disfunção endotelial com redução na produção de fatores vasorelaxantes^{19,20}, bem como aumento na produção e liberação de catecolaminas

vasoconstritoras²¹, e aumento na rigidez arterial²². A obesidade também se relaciona ao aumento na rigidez arterial e disfunção endotelial²³ e a prática constante de atividade física melhora a função endotelial, cardíaca e diminui a progressão do enrijecimento vascular²⁴.

Um outro fator que poderia estar relacionado ao pior controle dos níveis pressóricos no NGMI seria o grau de adesão dos pacientes ao controle medicamentoso da HAS neste grupo. Todos os participantes do estudo faziam controle da HAS por meios medicamentosos. No entanto alguns pacientes poderiam não estar corretamente utilizando os medicamentos da maneira como foram prescritos. Com a elevada prevalência de doenças crônicas requerendo adesão a terapias de longo prazo, um método prático, seguro e válido para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso na prática médica se faz necessário²⁵. Neste trabalho buscamos ter uma estimativa da adesão ao tratamento medicamentoso através da análise de perguntas simples em um questionário validado que apresenta uma escala de auto relato, composta de três perguntas para identificar comportamentos e atitudes frente à tomada de medicamentos, que têm se mostrado útil para identificação de pacientes aderentes ou não ao tratamento da HAS^{8,25}. Ao se analisar o score dos questionários verificamos que 69,4% todos os pacientes GMI foram considerados aderentes ao tratamento medicamentoso da HAS, confrontando os 33,3 % do NGMI ($p < 0.009$). Acreditamos que este tenha sido um importante fator relacionado ao melhor controle dos níveis pressóricos nos pacientes do grupo GMI na faixa etária de 60 a 69 anos, pois dos 14 pacientes pertencentes a este grupo 12 foram

considerados aderentes ao tratamento medicamentoso enquanto apenas 5 de 11 pacientes do grupo NGMI para mesma faixa etária.

Este estudo possui algumas limitações relacionadas ao tamanho da amostra e também a não avaliação de outros fatores relacionados a HAS como dislipidemia, *diabetes melito* e insuficiência renal.

Conclusão

Os dados presentes neste trabalho nos permitiram traçar o perfil do paciente idoso portador de HAS na cidade de Jequeri (MG). A inserção destes pacientes em GMI parece contribuir para um melhor controle dos níveis pressóricos nos sujeitos da pesquisa através da promoção de ações que visam orientar quanto ao correto uso da medicação para controle da HAS, diminuição do tabagismo e também através de atividades recreativas como atividade física que diminuem os fatores de risco associados a esta condição.

Referências

1. Bastos-Barbosa RG, Ferriolli E, Moriguti JC, Nogueira CB, Nobre F, Ueta J, et al. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2017; 99(1):5.
2. Meschiari CA, Ero OK, Pan H, Finkel T, Lindsey ML. The impact of aging on cardiac extracellular matrix. *Geroscience.* 2017; 39(1):7-18.
3. Delgado J, Masoli JA, Bowman K, Strain WD, Kuchel GA, Walters K, et al. Outcomes of Treated Hypertension at Age 80 and Older: Cohort Analysis of 79,376 Individuals. *J Am Geriatr Soc.* 2016.
4. Kaiser EA, Lotze U, Schäfer HH. Increasing complexity: which drug class to choose for treatment of hypertension in the elderly? *Clin Interv Aging.* 2014; 9:459-75.
5. Malachias MVB, Ferreira S, Souza WKS, Ribeiro JM, Miranda RD, Jardim TSV. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: Chapter 11 -

Arterial Hypertension in the elderly. *Arq Bras Cardiol.* 2016; 107(3):64-6.

6. Neri ML. Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. *Psico-USF.* 2004; 9(1):2.
7. Siqueira AL, Sakurai E, Souza MCFM. Dimensionamento de amostras em estudos clínicos e epidemiológicos. 1 ed. ABE RRd, editor. Salvador: Associação Brasileira de Estatística; 2001. 234.
8. Santa-Helena ETd, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. *Rev Saude Publica.* 2008; 42(4):4.
9. O'Brien E, Atkins N, Stergiou G, Karpettas N, Parati G, Asmar R, et al. European Society of Hypertension International Protocol revision 2010 for the validation of blood pressure measuring devices in adults. *Blood Press Monit.* 2010; 15(1):23-38.
10. Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2009; 41(7):1510-30.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demografico. Brasil. 2010.
12. Rodrigues F, Santos M, Teixeira C, Gonela J, Zanetti M. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(2):6.
13. Alves R, Silva R, Ernesto M, Lima AG, Souza F. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicologia: Teoria e Prática.* 2011; 13(3):14.
14. Gautério-Abreu DP, Santos SSC, Silva BTd, Gomes GC, Cruz VD, Tier CG. Prevalence of medication therapy adherence in the elderly and related factors. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69.
15. Silva GAe, Valente JG, Almeida LMd, Moura ECd, Malta DC. Tabagismo e escolaridade no Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública.* 2009; 43:48-56.
16. Berto SJP, Carvalhaes MABL, Moura ECd. Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. *Cadernos de Saúde Pública.* 2010; 26:1573-82.

17. Scarinci IC, Bittencourt L, Person S, Cruz RC, Moysés ST. Prevalência do uso de produtos derivados do tabaco e fatores associados em mulheres no Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012; 28:1450-8.
18. AlGhatrif M, Wang M, Fedorova OV, Bagrov AY, Lakatta EG. The Pressure of Aging. *Med Clin North Am*. 2017; 101(1):81-101.
19. Leone A. Smoking and hypertension: independent or additive effects to determining vascular damage? *Curr Vasc Pharmacol*. 2011; 9(5):585-93.
20. Li G, Wang H, Wang K, Wang W, Dong F, Qian Y, et al. The association between smoking and blood pressure in men: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2017; 17(1):797.
21. Ohta Y, Kawano Y, Hayashi S, Iwashima Y, Yoshihara F, Nakamura S. Effects of cigarette smoking on ambulatory blood pressure, heart rate, and heart rate variability in treated hypertensive patients. *Clin Exp Hypertens*. 2016; 38(6):510-3.
22. Gać P, Poręba M, Mazur G, Poręba R. The aortic mechanical properties in patients with the essential hypertension environmentally exposed to cigaret smoke. *Inhal Toxicol*. 2015; 27(13):717-23.
23. Schütten MT, Houben AJ, de Leeuw PW, Stehouwer CD. The Link Between Adipose Tissue Renin-Angiotensin-Aldosterone System Signaling and Obesity-Associated Hypertension. *Physiology (Bethesda)*. 2017; 32(3):197-209.
24. Ozemek C, Phillips SA, Popovic D, Laddu-Patel D, Fanher IS, Arena R, et al. Nonpharmacologic management of hypertension: a multidisciplinary approach. *Curr Opin Cardiol*. 2017; 32(4):381-8.
25. Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP, Oliveira CJd. Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012; 46:487-94.