



Pressão arterial, doenças cardiovasculares e hábitos de vida de idosos

Blood pressure, heart diseases and lifestyles of elderly

Presión arterial, enfermedades cardiovasculares y hábitos de vida de ancianos

Paula Cristina Araújo Morais¹, Rafaella Pessoa Moreira¹, Paula Alves de Lima¹, Maria das Graças Fernandes Silva¹, Jerry Deyvid Freires Ferreira¹, Emília Soares Chaves Rouberte¹

Objetivos: investigar valores da pressão arterial; identificar história de doenças cardiovasculares e hábitos de vida em idosos de um centro de referência da assistência social. **Métodos:** estudo transversal, realizado com cinquenta idosos. Foi aplicado formulário contendo questões referentes a dados sociais, histórico de doenças e hábitos de vida. Em seguida, verificou-se a pressão arterial. **Resultados:** averiguou-se que 73,3% dos idosos apresentaram alterações pressóricas. As alterações sistólicas foram identificadas em 73,3% e as diastólicas em 10%. As doenças cardiovasculares mais referidas foram hipertensão arterial (70,0%), diabetes mellitus (38,0%) e dislipidemias (32,0%). Os fatores de risco mais presentes foram o uso atual ou passado do tabaco, de forma ativa (68,0%), passiva (26,0%) e a inatividade física (48,0%). **Conclusão:** identificaram-se pessoas com alteração da pressão arterial e seus fatores de risco. Tal situação poderá contribuir para o direcionamento do cuidado de enfermagem e atendimento das reais necessidades dessa população.

Descritores: Pressão Arterial; Idoso; Doenças Cardiovasculares; Hábitos; Enfermagem.

Objectives: to investigate the blood pressure values; to identify the history of cardiovascular diseases and lifestyles of elderly at a social assistance reference center. **Methods:** cross-sectional study, conducted with fifty elderly. A form with questions regarding social data, history of diseases and lifestyles was applied. In sequence, the blood pressure was checked. **Results:** it was observed that 73.3% of the elderly had pressure alterations. Systolic alterations were identified in 73.3%, and diastolic, in 10% of the elderly. The most frequently referred cardiovascular diseases were hypertension (70.0%), diabetes mellitus (38.0%) and dyslipidemia (32.0%). The most common risk factors were current or past use of tobacco whether active (68.0%) or passive (26.0%), and physical inactivity (48.0%). **Conclusion:** people with altered blood pressure and associated risk factors were identified. This situation may contribute to directing nursing care and addressing the real needs of elderly population.

Descriptors: Arterial Pressure; Aged; Cardiovascular Diseases; Habits; Nursing.

Objetivos: investigar valores de la presión arterial; identificar antecedentes de enfermedades cardiovasculares y de hábitos de vida en ancianos de un centro de referencia de la asistencia social. **Métodos:** estudio transversal, realizado con cincuenta ancianos. Formulario se aplicó con cuestiones relativas a los datos sociales, histórico de enfermedades y hábitos de vida. A continuación, se verificó la presión arterial. **Resultados:** se constató que 73,3% de los ancianos tenían alteraciones de presión. Se identificaron cambios sistólicos en 73,3%, y diastólicos en 10%. Las enfermedades cardiovasculares más frecuentes fueron hipertensión (70,0%), diabetes mellitus (38,0%) y *dislipidemias* (32,0%). Los más presentes factores de riesgo fueron el uso actual o pasado de tabaco, de forma activa (68,0%), pasiva (26,0%) e inactividad física (48,0%). **Conclusión:** se identificaron personas con presión arterial alterada y sus factores de riesgo. Esta situación podrá contribuir para la atención de enfermería y de las necesidades reales de esta población.

Descriptores: Presión Arterial; Anciano; Enfermedades Cardiovasculares; Hábitos; Enfermería.

¹Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, CE, Brasil.

Autor correspondente: Paula Cristina Araújo Morais.
Unidade Acadêmica dos Palmares. Rodovia CE 060 – KM 51, CEP: 62785-000. Acarape, CE, Brasil. E-mail: paulacristinaenf@yahoo.com.br

Introdução

Com o passar dos anos e o avançar das tecnologias, o envelhecimento populacional deixou de ser um fenômeno e passou a ser considerado uma realidade social, tanto em países desenvolvidos, como naqueles que estão em desenvolvimento. Diversos estudos descrevem que tal fato está diretamente associado a mudanças de alguns indicadores de saúde, em especial daqueles relacionados à queda de fecundidade⁽¹⁾, mortalidade e o aumento da expectativa de vida populacional⁽¹⁻³⁾.

A longevidade é uma grande conquista. No entanto, vem acompanhada de desafios, como o de manter um ciclo vital ativo em um grupo etário que se destaca por apresentar limitações progressivas. Pesquisa recente mostra que a população idosa é acometida principalmente por doenças crônicas não transmissíveis⁽⁴⁾, podendo trazer uma série de prejuízos funcionais e exigindo mudanças reais no estilo de vida dessas pessoas. Dentre as doenças crônicas não transmissíveis que mais estão presentes na velhice, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica, que é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial⁽⁵⁾.

A hipertensão arterial é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Apresenta baixas taxas de controle e elevada prevalência, sobretudo na população idosa. A literatura descreve que cerca de 20,0% da população adulta é acometida pela doença. Aproximadamente 5,0% apresentam idade entre 18 e 24 anos e 58,0% com perfil etário superior a 65 anos⁽⁶⁾, constituindo o maior público.

A hipertensão arterial é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de complicações de origem cardiovasculares, como infarto agudo de miocárdio e acidentes vasculares encefálicos⁽⁷⁾, que são considerados importantes causas de mortalidade no território. Também se destacam: morte súbita, insuficiência renal e edema agudo de pulmão⁽⁴⁾, que comprometem de forma significativa a qualidade de vida dos idosos.

O caráter assintomático da hipertensão arterial corrobora para manutenção de hábitos de vida inadequados. É comum o idoso buscar atendimento médico apenas quando algum desconforto, capaz de comprometer o desenvolvimento de suas atividades diárias, é identificado.

Os enfermeiros exercem importantes papéis junto aos portadores de hipertensão arterial, tais como: detecção precoce, levantamento dos fatores de risco cardiovasculares e orientações para adoção de medidas eficazes para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. O desenvolvimento dessas ações é necessário. Além de detectar alterações pressóricas, permite um levantamento estatístico sobre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares fatais e não fatais, com o intuito de direcionar o cuidado de enfermagem e dos profissionais de saúde, ao buscar atender às reais necessidades da população idosa.

Diante da importância atribuída a essas ações possíveis de serem desenvolvidas pelos enfermeiros, o presente estudo teve como objetivo investigar valores da pressão arterial, identificar história de doenças cardiovasculares e hábitos de vida em idosos de um centro de referência da assistência social.

Método

Estudo descritivo, transversal, no qual as variáveis relacionadas aos valores da pressão arterial e aos fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento da hipertensão arterial foram investigados. Os dados foram coletados no período de janeiro a junho de 2013 com uma população de cinquenta idosos participantes de atividades desenvolvidas semanalmente em um Centro de referência da assistência social, localizado no município de Redenção, CE, Brasil.

Realizou-se uma visita ao Centro de referência da assistência social de Redenção-Ceará com o propósito de conhecer o grupo ativo de idosos e de explicar os objetivos do estudo. Após o esclarecimento

das dúvidas, foram agendadas datas com pequenos grupos, de aproximadamente cinco idosos, para realização da coleta de dados.

Nas datas agendadas, os idosos foram direcionados individualmente a uma sala reservada, a fim de se aplicar o instrumento de coleta de dados com perguntas referentes à história de doenças, tais como: diabetes mellitus, hipertensão arterial, cardiopatias; alterações de colesterol e triglicerídeos; fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial: fumo ativo e passivo, bebidas alcoólicas, uso de drogas ilícitas e inatividade física.

Em relação à presença de doenças cardiovasculares, considerou-se a resposta referida pelos idosos. As categorias para tabagismo foram: não fumantes, fumantes ativos, fumantes passivos, ex-fumantes. O uso de bebidas alcoólicas e a prática de atividades físicas foram categorizados em “sim”, “não” e “não atualmente”. Após a aplicação do instrumento de coleta dos dados, procedeu-se a mensuração dos níveis de pressão arterial. Utilizaram-se os seguintes equipamentos: esfigmomanômetros com manômetros aneróides, testados e calibrados, estetoscópios duplos, jogos de manguitos de larguras variáveis.

A verificação da pressão arterial foi realizada em ambiente silencioso, com o idoso na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e o braço direito sobre uma mesa, à altura do coração, livre de roupas, a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido⁽⁵⁾. Antes da verificação, certificou-se que o idoso não estava com a bexiga cheia, não havia praticado exercícios físicos, ingerido bebidas alcoólicas, café, alimentos e fumado até 30 minutos antes da realização do procedimento.

Obteve-se a circunferência do braço do participante para escolha do manguito apropriado, correspondendo a 40,0%. O manguito foi posicionado aproximadamente 2 a 3 cm acima da fossa cubital e ajustado sobre a artéria braquial. Posteriormente,

estimou-se o nível da pressão arterial pela palpação do pulso radial. A artéria braquial foi identificada pela palpação e a campânula devidamente posicionada sobre a mesma.

A determinação da pressão sistólica se deu pelo surgimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), que se intensifica com o aumento da velocidade de desinsuflação; já a determinação da pressão diastólica foi o desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultaram-se cerca de 20 mmHg a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois procedeu-se à desinsuflação rápida e completa, finalizando assim o procedimento⁽⁵⁾. As medidas da pressão arterial foram obtidas em três momentos consecutivos com intervalos de um minuto entre cada verificação e o valor final considerado para avaliação foi à média das duas últimas medidas.

A interpretação dos valores pressóricos obtidos foi feita pela comparação com tabelas propostas e reconhecidas como adequadas para a medida casual em consultório, (>18 anos)⁽⁵⁾, conforme se segue: Classificação Pressão arterial sistólica mmHg X Pressão arterial diastólica mmHg: Ótima: <120 <80; Normal: <130 <85; Limítrofe: 130 – 139 e 85 – 89; Hipertensão estágio 1: 140 – 159 e 90 – 99; Hipertensão estágio 2: 160 – 179 e 100 – 109; Hipertensão estágio 3: >180 >110; e Hipertensão sistólica isolada: >140 <90.

Ao fim do procedimento, o idoso recebeu um cartão-relatório com o resultado da avaliação. Caso fossem constatadas alterações pressóricas na primeira avaliação, eles eram convidados a retornar mais dois dias para serem feitas novas verificações da pressão arterial, seguindo o mesmo procedimento e critérios utilizados na primeira vez.

Os dados foram organizados em uma planilha do programa *Microsoft Excel* 2010 e a análise estatística foi realizada com o auxílio do programa *Epi Info* versão 3.5.2.

Os idosos que ao fim de todo o acompanhamento

apresentaram valores considerados alterados de pressão arterial foram direcionados para avaliação médica. Aqueles que já faziam tratamento e mesmo assim foram registradas alterações, foram orientados a procurar o médico que os acompanhavam e aqueles que não faziam ainda acompanhamento foram orientados a procurar serviço médico do posto de saúde da área residente ou o serviço particular, se assim desejassem.

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa do Departamento de Medicina Clínica da Universidade Federal do Ceará, sob parecer nº 96.760.

Resultados

O estudo foi realizado com cinquenta idosos que desenvolviam atividades no Centro de referência da assistência social da cidade de Redenção-Ceará, Brasil.

Verificou-se que a maior parte da população, 82,0%, foi constituída por participantes do sexo feminino, com uma média de idade de 70,95 anos, 52,0% relataram não possuir vínculo conjugal, serem solteiros, viúvos ou divorciados. A escolaridade referida foi em média de 4,50 anos. Em relação à análise do perfil financeiro, a renda familiar dos idosos apresentou uma média de mil trezentos e cinquenta e sete reais e sessenta e nove centavos e a renda individual de setecentos e oitenta e oito reais e sessenta e um centavo. É importante destacar que um idoso não soube responder o valor mensal da renda individual e quatro não souberam responder sobre a renda familiar.

Na tabela 1 é apresentada a distribuição dos cinquenta idosos participantes do estudo segundo os riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos segundo riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Indicadores de risco para doenças cardiovasculares	n (%)	IC 95%
Hipertensão arterial		
Sim	35 (70,0)	55,4-82,1
Diabetes Mellitus		
Sim	19 (38,0)	24,7-52,8
Não sabe	3 (6,0)	1,3-16,5
Cardiopatia		
Sim	6 (12,0)	4,5-24,3
Não sabe	3 (6,0)	1,3-16,5
Alteração de colesterol e triglicerídeos		
Sim	16 (32,0)	19,5-46,7
Não sabe	8 (16,0)	7,2-29,1
Acidente vascular cerebral		
Sim	7 (14,0)	5,8%-26,7

De acordo com a distribuição dos idosos com riscos cardiovasculares, verificou-se que a presença de algumas doenças em mais de 30% da população, tais como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, alterações de colesterol e triglicerídeos.

Na tabela 2, consta a distribuição dos idosos a partir dos hábitos de vida, os quais se caracterizam como fatores de risco cardiovasculares.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos segundo hábitos de vida

Indicadores de risco para doenças cardiovasculares	n (%)	IC 95%
Tabagismo ativo		
Sim	11 (22,0)	11,5-36,0
Não atualmente	23 (46,0)	31,8- 60,7
Tabagismo passivo		
Sim	8 (16,0)	7,2-29,1
Não atualmente	5 (10,0)	3,3-21,8
Drogas ilícitas		
Não	50 (100)	100-100
Bebidas alcoólicas		
Sim	3 (6,0)	1,3-16,5
Não atualmente	5 (10,0)	3,3-21,8
Atividades físicas		
Não	18 (36,0)	22,9-50,8
Não atualmente	6 (12,0)	4,5-24,3

Em relação aos hábitos de vida mantidos pelos idosos, chama a atenção o número de tabagistas ativos (68,0%) e passivos (26,0%). Destaca-se ainda, a quantidade de idosos sedentários (48,0%). Destes, 36% relataram nunca ter praticado nenhum tipo de atividades físicas.

A seguir, nas tabelas 3, 4 e 5 serão apresentadas, respectivamente, as classificações da pressão arterial, a partir da verificação da média final da pressão arterial no primeiro, segundo e terceiro dia de avaliação agendadas com os idosos.

Tabela 3 - Distribuição dos idosos segundo classificação da pressão arterial no primeiro dia de avaliação. n= 50

Pressão sistólica	n (%)	IC 95%
Pressão arterial sistólica 1		
Ótima	10 (20,0)	10,0-33,7
Normal	6 (12,0)	4,5-24,3
Limítrofe	13 (26,0)	14,6-40,3
Hipertensão estágio 1	16 (32,0)	19,5-46,7
Hipertensão estágio 2	3 (6,0)	1,3-16,5
Hipertensão estágio 3	2 (4,0)	0,5-13,7
Pressão arterial diastólica 1		
Ótima	36 (72,0)	57,5-83,8
Normal	3 (6,0)	1,3-16,5
Limítrofe	3 (6,0)	1,3-16,5
Hipertensão estágio 1	7 (14,0)	5,8-26,7
Hipertensão estágio 2	1 (2,0)	0,1-10,6
Classificação pressórica final 1		
Ótima	9 (18,0)	8,6-31,4
Normal	6 (12,0)	4,5-24,3
Limítrofe	13 (26,0)	14,6-40,3
Hipertensão estágio 1	6 (12,0)	4,5-24,3
Hipertensão estágio 2	2 (4,0)	0,5-13,7
Hipertensão estágio 3	1 (2,0)	0,1-10,6
Hipertensão sistólica isolada	13 (26,0)	14,6- 40,3

Ao observar a avaliação da pressão arterial, verificou-se que 32,0% dos idosos apresentaram classificação para os valores sistólicos dentro dos padrões de normalidade e 68,0% alterados. Com relação aos valores diastólicos, a maioria dos

participantes, 78,0%, obteve níveis considerados adequados. A classificação final da pressão arterial 1 revela que 70,0% dos idosos apresentaram alterações pressóricas.

Na primeira avaliação da pressão arterial, os participantes com níveis pressóricos considerados inadequados, correspondente a 70,0%, foram convidados a retornar em dois dias distintos para replicação do procedimento,

Tabela 4 - Distribuição dos idosos segundo classificação da pressão arterial no segundo dia de avaliação. n= 35

Pressão sistólica	n (%)	IC 95%
Pressão arterial sistólica 2		
Ótima	3(8,6)	1,8-23,1
Normal	12 (34,3)	19,1-52,2
Limítrofe	6 (17,1)	6,6-33,6
Hipertensão estágio 1	13 (37,1)	21,5-55,1
Hipertensão estágio 2	1 (2,9)	0,1-14,9
Pressão arterial diastólica 2		
Ótima	26 (74,3)	37,4-66,3
Normal	4 (11,4)	2,2-19,2
Limítrofe	1 (2,9)	0,1-10,6
Hipertensão estágio 1	4 (11,4)	2,2-19,2
Pressão arterial 2		
Ótima	3 (8,6)	1,8-23,1
Normal	11 (31,4)	16,9-49,3
Limítrofe	5 (14,3)	4,8-30,3
Hipertensão estágio 1	5 (14,3)	16,9-49,3
Hipertensão sistólica isolada	11(31,4)	16,9-49,3

Em um segundo momento, como citado anteriormente, 70,0% dos idosos foram convidados a retornarem ao Centro de referência da assistência social para avaliações subsequentes. Destes, 60,0% permaneceram com alterações pressóricas na segunda verificação. A maior parte das alterações identificadas era referente à pressão arterial sistólica (57,1%). As pressões arteriais diastólicas apresentaram-se dentro dos padrões de normalidade em 85,7% dos idosos.

Tabela 5 - Distribuição dos idosos segundo classificação da pressão arterial no terceiro dia de avaliação. n= 35

Pressão sistólica	n (%)	IC 95%
Pressão arterial sistólica 3		
Ótima	4 (11,4)	3,2-26,7
Normal	5 (14,3)	4,8-30,3
Límitrofe	7 (20,0)	8,4-36,9
Hipertensão estágio 1	17 (48,6)	31,4-66,0
Hipertensão estágio 2	1 (2,9)	0,1-14,9
Hipertensão estágio 3	1 (2,9)	0,1-14,9
Pressão arterial diastólica 3		
Ótima	23 (65,7)	47,8-80,9
Normal	6 (17,1)	6,6-33,6
Limítrofe	1 (2,9)	0,1-14,9
Hipertensão estágio 1	5 (14,3)	4,8-30,3
Pressão arterial 3		
Ótima	4 (11,4)	3,2-26,7
Normal	4 (11,4)	3,2-26,7
Limítrofe	7 (20,0)	8,4-36,9
Hipertensão estágio 1	5 (14,3)	4,8-30,3
Hipertensão estágio 3	1 (2,9)	0,1-14,9
Hipertensão sistólica isolada	14 (40,0)	23,9-57,9

Na terceira avaliação, observou-se o mesmo padrão de alterações evidenciado nas verificações anteriores, com predominância de alterações sistólicas (74,4%), e os 74,4% idosos que apresentaram valores pressóricos inadequados, 40,0% foram classificados com hipertensão sistólica isolada.

Chama-se atenção para o fato de nem todos os idosos que apresentaram valores pressóricos fora dos padrões de normalidade na primeira avaliação os mantiveram nas avaliações subsequentes. Foram direcionados para o segundo dia de verificação da pressão arterial, 35 idosos, destes, 21 permaneceram com a pressão arterial fora dos padrões de normalidade. Mesmo aqueles idosos que tiveram valores da pressão arterial normal na segunda avaliação, foram convidados a retornar para o terceiro momento de verificação e encontrou-se 27 idosos com valores alterados. É importante ressaltar que 16 participantes mantiveram alterações na pressão arterial nas três avaliações.

Discussão

Verificou-se, no estudo, um predomínio de participantes do sexo feminino (82,0%). Resultados similares foram encontrados em outras pesquisas desenvolvidas em diversas regiões brasileiras^(2,7). Há semelhança na prevalência da hipertensão arterial entre homens e mulheres, apesar de os primeiros serem mais susceptíveis ao seu desenvolvimento até a quinta década de vida. Após esse período, ocorre uma inversão nessa relação⁽⁵⁾. Além disso, durante a instalação da menopausa, as mulheres apresentam risco maior de complicações cardiovasculares⁽⁸⁾. Torna-se indispensável o acompanhamento dessas pessoas, a fim de detectar alterações precoces e reduzir os danos decorrentes da hipertensão arterial sistêmica.

A média de idade foi de 70,95 anos. Existe relação entre a pressão arterial e a idade avançada⁽⁷⁾. A prevalência da hipertensão arterial na população com idade superior a 65 anos é de aproximadamente 58,0%⁽⁶⁾. Com relação à escolaridade, observou-se uma média de 4,50 anos, revelando um baixo índice de estudo entre os idosos. A baixa escolaridade afeta a efetividade das estratégias de educação em saúde, ação considerada fundamental para mudanças no estilo de vida. Além disso, influencia negativamente na adesão ao tratamento de doenças⁽⁶⁾.

No que diz respeito ao perfil financeiro, identificou-se a renda familiar dos idosos, em média de R\$1.357,69 e a renda individual de R\$788,61, correspondendo a maior fonte de renda familiar, assumindo dessa forma um papel de suporte econômico. A estabilidade financeira do idoso é de grande importância, possibilita a obtenção de medicamentos, alimentos e acesso a serviços de saúde necessários para o alcance e manutenção de um ciclo vital saudável. O comprometimento salarial dos idosos com despesas familiares pode interferir em algum grau em sua qualidade de vida.

Em relação à presença de doenças cardiovasculares, destaca-se a hipertensão arterial (70,0%),

diabetes mellitus (38,0%) e alterações de colesterol e triglicerídeos (32,0%). Apesar de o diabetes ter sido citado em menor proporção se comparado à hipertensão, é uma morbidade altamente limitante, capaz de causar uma série de prejuízos, como cegueira, amputações, complicações renais, cardiovasculares e encefálicas, além de afetar a capacidade funcional da pessoa acometida⁽⁹⁾. Há possibilidade de associação entre a hipertensão e diabetes na ordem de 50,0%. Assim, faz-se necessário o manejo clínico das duas doenças crônicas não transmissíveis no mesmo usuário⁽⁴⁾, exigindo cooperação e comprometimento do idoso para adesão do tratamento proposto e maior atenção dos enfermeiros e demais profissionais da saúde, com o objetivo de controlar e reduzir os danos causados por seu descontrole.

Sobre as dislipidemias, a literatura descreve que nos últimos anos tem sido comum a presença de níveis elevados de lipídios no sangue, como as alterações de colesterol, considerado um fator de risco independente, linear e contínuo para diversas doenças⁽¹⁰⁾. Verificou-se que 12,0% dos idosos relataram o diagnóstico médico de cardiopatia, e 14% afirmaram ter sofrido ao menos um episódio de acidente vascular cerebral. A presença dessas doenças crônicas não transmissíveis está relacionada à hipertensão arterial sistêmica, associada a alterações no coração, encéfalo, vasos sanguíneos e rins, que são considerados órgãos-alvo. Além disso, há também, relação com alterações metabólicas, principal fator de risco para complicações como o acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal⁽⁷⁾.

Ao averiguar a presença de doenças crônicas não transmissíveis, os idosos afirmaram nunca terem feito exames com o objetivo de detectar possíveis alterações ou relataram desconhecer sua presença, fato evidenciado, no estudo, por 6% que não sabiam sobre as taxas glicêmicas e alterações cardíacas e 16% desconheciam a presença de alterações relacionadas ao colesterol ou triglicerídeos. As ações de saúde voltadas para prevenção e detecção precoce de

doenças, são fundamentais para assegurar a qualidade de vida. Torna-se indispensável o acompanhamento à pessoa idosa e a realização regular de exames com a finalidade de detectar possíveis alterações e intervir em tempo hábil, para evitar maior comprometimento da funcionalidade do idoso.

No que diz respeito aos fatores de risco modificáveis, observou-se maiores porcentagens de inatividade física (48,0%) e de contato atual ou passado com o tabaco, seja de forma ativa (68,0%) ou de forma passiva (26,0%). O hábito de fumar provoca anualmente seis milhões de mortes, e destas, aproximadamente, seiscentos mil são de fumantes passivos. O tabagismo passivo é a terceira maior causa de morte possível de ser evitada no mundo, subsequente ao fumo ativo e uso de álcool⁽¹¹⁾. Tais informações ressaltam a necessidade de realizar atividades de educação em saúde com a população que faz uso dessas substâncias, a fim de diminuir seus índices de consumo e evitar prejuízos à qualidade de vida.

Sabe-se que as doenças de origem cardiovascular estão relacionadas, dentre outros fatores, ao sedentarismo, sendo comum a atribuição da inatividade física por parte dos idosos a idade avançada⁽¹²⁾. Adoção da prática regular de atividades físicas contribui de diversas formas para melhoria da qualidade de vida dos idosos ajudando-os na manutenção da qualidade óssea, muscular, articular, ao prevenir o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, tais como: alguns tipos de cânceres, cardiomiopatias e diabetes⁽¹²⁻¹⁴⁾.

A hipertensão arterial é um problema de saúde pública mundial, devido a seus altos custos de tratamento⁽¹⁵⁾, índices na população e complicações decorrentes do seu descontrole⁽⁸⁾. Além disso, possui relação causal com todas as doenças de origem cardiovascular⁽⁸⁾. Os resultados pressóricos investigados mostram ao final de todo procedimento, as alterações sistólicas mais presentes, 73,3% da amostra, comparadas às alterações diastólicas, observadas em apenas 10,0%.

A literatura descreve que quanto maior o valor da pressão arterial sistólica, maior é o risco de desenvolvimento de doenças coronarianas e dar ênfase a condição de hipertensão sistólica isolada, característica de hipertensos idosos⁽³⁾. Apesar de ser considerada uma doença grave, que se não for tratada de forma adequada leva ao desenvolvimento de diversas complicações e comprometimento de órgãos importantes, de forma geral a pessoa hipertensa não considera sua doença grave e não julga necessitar de atendimento especializado⁽⁷⁾. A existência dessa percepção poderá interferir diretamente na adesão ao tratamento e nas taxas de controle da doença. Diante disso, destaca-se a necessidade de um acompanhamento direto a esses idosos, bem como de se desenvolver medidas de controle da hipertensão e redução das complicações decorrentes de sua instalação.

Conclusão

Neste estudo, identificaram-se relatos sobre a presença de doenças cardiovasculares: hipertensão (70,0%), diabetes mellitus (38,0%) e dislipidemias (32,0%). Verificou-se a presença de fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão, tais como o contato atual ou passado com o tabaco, seja de forma ativa (68,0%), ou passivo (26,0%), e a inatividade física (48,0%). Em relação aos achados pressóricos, 73,3% da amostra apresentou valores de pressão arterial fora dos padrões de normalidade.

Como limitações desta pesquisa, destaca-se a incompatibilidade entre os horários de funcionamento do Centro de referência da assistência social de Redenção e os horários disponíveis para os acadêmicos realizarem a coleta de dados. Além disso, houve desistência por parte de alguns participantes no decorrer dos três dias de acompanhamento da pressão arterial, o que reduziu o total de idosos acompanhados. Destaca-se também, a superficialidade das orientações em saúde fornecidas aos idosos que apresentaram hábitos de vida considerados inadequados.

Sugere-se, a partir deste estudo, o desenvolvimento de oficinas educativas abordando de forma mais detalhada a importância de um estilo de vida ativo e também a ampliação da amostra para obtenção de dados mais representativos da região.

Por meio do presente estudo, foi possível identificar a elevada presença de alteração da pressão arterial, que muitas vezes está associada a outras doenças crônicas não transmissíveis. No entanto, ressalta-se a importância da realização desta pesquisa, pois ao detectar a presença de hábitos de vida mantidos pelos idosos considerados inadequados, como tabagismo, seja ele ativo ou passivo, e a inatividade física, poderá permitir o estabelecimento de práticas dos profissionais de saúde, em destaque do enfermeiro, direcionadas as reais necessidades dos idosos.

Colaborações

Morais PCA, Lima PA, Silva MGF e Ferreira JDF contribuíram para concepção, coleta e análise de dados, redação do artigo. Moreira RP e Rouberte ESC contribuíram para coleta de dados, análise dos resultados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Guedes MB, Rodrigues ST, Ribeiro MJ. Correlação entre hipertensão arterial e capacidade funcional de idosos: uma revisão da literatura. *Rev APS*. 2013; 16(4):455-9.
2. Silva LSS, Karino ME, Mattos ED, Campos EC, Spagnuolo RS. Perfil epidemiológico dos idosos de uma unidade saúde da família. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde*. 2009; 11(2):27-33.
3. Medeiros TN, Moreira TMM. Avaliação de risco coronariano, adesão terapêutica e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2012; 25(2):76-82.
4. Santos JC, Moreira TMM. Risk factors and complications in patients with hypertension/diabetes in a regional health district of northeast Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(5):1125-32.

5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2010; 17(1):21-35.
6. Queiroz RF, Alvarez MA, Erdmann AL, França ALM, Pereira CBS. Cardiovascular events and additional risk in hypertensive senior citizens. *Rev Rene*. 2014; 15(1):52-9.
7. Lima ER, Barros ARC, Oliveira CAN. Percepção dos clientes hipertensos acerca das complicações da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Interfaces Saúde Hum Tecnol*. 2014; 2(5):1-10.
8. Esperandio EM, Espinosa MM, Martins MAS, Guimarães LV, Lopes MAL, Scala LCN. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013; 16(3):481-93.
9. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(1):175-84.
10. Paula CC, Cunha RM, Tufamin AT. Análise do Impacto do treinamento resistido no perfil lipídico de idosos. *Rev Bras Ciênc Mov*. 2014; 22(1):150-6.
11. Cézar A, Elvis D, Santos JÁ, Barbosa MA, Nascimento RAB, Souza T, et al. Os problemas causados pelos fumantes ativos aos passivos na unit e a criação de um fumódromo. *Cad Grad Ciênc Exatas Tecnol*. 2014; 2(1):11-20.
12. Ribeiro LB, Rogatto GP, Machado AA, Rogatto PCV. Motivos de adesão e de desistência de idosos a prática de atividade física. *Rev Bras Promoc Saúde*. 2013; 26(4):581-9.
13. Santos EI, Coco DJSF, Silva JB, Silva TLMM, Santana PPC, Andrade VLFS, et al. Atuação do enfermeiro na promoção da qualidade de vida na terceira idade segundo produções científicas brasileiras. *Rev Augustus*. 2013; 18(35):51-62.
14. Nogueira IC, Santos ZMSA, Alverne DGBM, Martins ABT, Magalhães CBA. Effects of exercise on hypertension control in older adults: systematic review. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012; 15(3):587-601.
15. Mendes GS, Moraes CF, Gomes L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014; 9(32):273-8.