

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS ENTRE IDOSOS COM E SEM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Nayara Paula Fernandes Martins¹, Darlene Mara dos Santos Tavares²

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Professora Substituta do Departamento de Medicina Social da UFTM. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: nayara.pfmartins@gmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária da UFTM. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: darlenetavares@enfermagem.uftm.edu.br

RESUMO: Objetivou-se descrever as características socioeconômicas, demográficas e morbidades e comparar as prevalências e as chances de prevalência dos comportamentos de saúde, sobrepeso, circunferência abdominal e indicativo de depressão entre os idosos com e sem hipertensão arterial sistêmica. Trata-se de estudo transversal, com idosos da zona rural. Realizou-se análise descritiva, teste qui-quadrado e regressão logística binária múltipla ($p < 0,05$). Predominou, para ambos os grupos, faixa etária de 60-70 anos, casados, 4-8 anos de estudo, renda de um salário mínimo e moram com o cônjuge. Os idosos com hipertensão arterial sistêmica apresentaram menores chances de prevalência para o etilismo e o tabagismo e maiores chances de sobrepeso, de circunferência abdominal inadequada e indicativo de depressão em relação aos sem hipertensão arterial sistêmica. Reforçam-se ações de saúde direcionadas aos idosos rurais, por meio da cessação de tabagismo e etilismo, controle do peso e diminuição da circunferência abdominal entre os com hipertensão arterial sistêmica.

DESCRIPTORIOS: Hipertensão. Saúde do idoso. População rural. Enfermagem.

HEALTH BEHAVIORS AND ANTHROPOMETRIC VARIABLES AMONG OLDER ADULTS WITH AND WITHOUT HYPERTENSION

ABSTRACT: The objective was to describe socioeconomic, demographic and morbidity and compare the prevalence and odds of prevalence of health behaviors, overweight, abdominal circumference and indicative of depression among those with and without hypertension. It is cross-sectional study of rural elderly. We conducted descriptive analysis, chi-square test and multiple binary logistic regression ($p < 0,05$). Predominated, for both groups, age 60-70, married, 4-8 years, income of a minimum wage and living with their spouse. Elderly patients with hypertension had lower odds of prevalence for alcohol and smoking and higher odds of overweight, abdominal circumference inappropriate and indicative of depression compared to those without hypertension. Reinforces health actions directed to the rural elderly, through the cessation of smoking and alcohol consumption, weight control and reduction of abdominal circumference among those with hypertension.

DESCRIPTORS: Hypertension. Elderly health. Rural population. Nursing.

CONDUCTAS DE SALUD Y VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS EN ADULTOS MAYORES CON Y SIN HIPERTENSIÓN

RESUMEN: Se objetivó describir las variables socioeconómicas, demográficas y morbidades y comparar la prevalencia y las probabilidades de prevalencia de conductas de salud, exceso de peso, la circunferencia abdominal y los indicadores de depresión entre las personas con y sin hipertensión. Estudio transversal realizado con ancianos de zonas rurales. Se realizó un análisis descriptivo, prueba de Chi-cuadrado y regresión logística binaria múltiple ($p < 0,05$). Predominaron en ambos grupos, edades de 60-70 años, casado, 4-8 años de estudio, ingresos de un salario mínimo y que vivían con su cónyuge. Los pacientes ancianos con hipertensión tenían menos probabilidades de prevalencia del consumo de alcohol y el tabaco y las probabilidades más altas de sobrepeso, circunferencia abdominal inapropiada e indicativo de depresión en comparación con aquellos sin hipertensión. Se refuerza la importancia de las acciones de salud dirigidas a los ancianos de zonas rurales, a través de la cesación del consumo de tabaco y alcohol, control de peso y reducción de la circunferencia abdominal entre las personas con hipertensión.

DESCRIPTORES: Hipertensión. Salud del anciano. Población rural. Enfermería.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vivenciado pelo mundo implicou maior longevidade, que, por sua vez, propiciou o aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) entre os idosos. Atualmente, esse grupo de doenças responde pelas principais causas de óbitos entre adultos e idosos, em especial as do aparelho circulatório (29,4%).¹

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, tem alta prevalência na população adulta e idosa e é de difícil controle, em geral pela ausência de sintomas.²

Pesquisa realizada em 26 Estados urbanos brasileiros e no Distrito Federal obteve prevalência autorreferida de HAS, correspondendo a 60,2% para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, sendo maior para o sexo feminino (64,7%) em relação ao masculino (53,0%).³ Já em estudo conduzido com idosos na zona urbana de Uberaba-MG, município de realização da presente pesquisa, a HAS autorreferida representou 54,8%, com maior percentual para o sexo feminino (66,5%) em comparação ao masculino (33,5%).⁴

Como visto, as investigações entre idosos com HAS têm concentrado-se nos espaços urbanos, possivelmente pelas dificuldades logísticas na condução da coleta dos dados na zona rural.

Embora o processo de envelhecimento humano das zonas urbana e rural seja semelhante, cabe destacar algumas especificidades. Na área rural observam-se infraestrutura precária, menor nível socioeconômico, maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e de transportes.⁵ Esses aspectos podem impactar na saúde dos idosos com HAS que, associados a determinados comportamentos de saúde como inatividade física, ingestão de bebidas alcoólicas, tabagismo e alimentação hipersódica contribuem para o aumento da pressão arterial (PA),² aumentando o risco de comorbidades.

O tratamento da HAS e o controle da PA requerem, dentre outras condutas, a adesão aos comportamentos positivos em saúde, a saber: abandono do etilismo e do tabagismo, realização de atividade física e diminuição do sal nas refeições.⁶ Destaca-se que esses comportamentos de saúde são passíveis de modificações por meio da atuação dos profissionais de saúde. Para tanto, faz-se necessário compreender a realidade dessa população, no intuito de estimular mudanças de comportamentos,⁷ assim como planejar a intervenção mais pertinente para a zona rural.

Estudo nacional verificou que a baixa prevalência de atividades físicas, associada ao sobrepeso e à HAS, em adultos e idosos de zona rural são agravantes para a saúde e indicador de futuras complicações.⁸ Ademais, a terapia medicamentosa para HAS pode, entre os efeitos colaterais, propiciar a depressão.²

Frente ao exposto e pela escassez de estudos entre idosos com HAS residentes zona rural brasileira,⁹⁻¹⁰ propôs-se a condução da presente pesquisa. Este estudo objetivou descrever as características socioeconômicas e demográficas e comparar as prevalências e as chances de prevalência dos comportamentos de saúde (etilismo, tabagismo, consumo de sal, atividade física), sobrepeso, circunferência abdominal (CA) e indicativo de depressão entre idosos com e sem HAS, residentes em uma zona rural.

MÉTODOS

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. É um estudo do tipo inquérito domiciliar, analítico, transversal e observacional.

A população foi constituída por 1.297 idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF), que cobre 100% da zona rural do município. Foram estabelecidos os critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade, residir na zona rural do município de Uberaba-MG, não apresentar declínio cognitivo. Foram entrevistados 849 idosos, dos quais 463 tinham HAS e 386 não referiram essa morbidade. Os demais foram excluídos por mudança de endereço (117), declínio cognitivo (105), recusa (75), não foram encontrados após três tentativas do entrevistador (57), óbito (11), hospitalização (3) e outros motivos (80).

O período de coleta ocorreu entre junho de 2010 e março de 2011, por 14 entrevistadores devidamente orientados e treinados. O entrevistador teve como referencial as listas oferecidas pelas ESFs, contendo o nome e o endereço dos idosos, sendo os instrumentos aplicados na residência do idoso.

A avaliação cognitiva do idoso foi realizada pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), traduzido e validado no Brasil.¹¹ O escore do MEEM varia de 0 a 30 pontos e o ponto de corte foi considerado de acordo com a escolaridade do idoso: 13 pontos para analfabetos, 18 para 1 a 11 anos de estudos e 26 para acima de 11 anos.¹¹

Para a coleta de dados socioeconômicos, demográficos e alguns comportamentos de saúde utilizou-se o questionário *Older Americans Resources and Services* (OARS).¹² Foram selecionadas as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade, renda individual mensal e arranjo domiciliar.

Consideraram-se variáveis relacionadas aos comportamentos de saúde: etilismo (consumo de ≥ 30 g de etanol/dia para o sexo masculino e de ≥ 15 g de etanol/dia para o feminino);² tabagismo (sim ou não); e a prática de atividade física (considerou-se ativo quando realizava 150 min/semana). Utilizou-se o valor recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Utilizou-se ainda o Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA), desenvolvido pela Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) do Ministério da Saúde.¹³ Incluiu-se a variável de comportamento de saúde: hábito de colocar mais sal nos alimentos após o preparo (sim ou não).

Para as variáveis antropométricas, utilizou-se balança eletrônica digital portátil, tipo plataforma, marca Bioland (modelo EB9015) com capacidade para 150 kg e precisão de 100 g, com o idoso usando roupas leves e descalço para mensurar o peso. Para realizar a mensuração da CA, utilizou-se uma fita métrica flexível e inelástica com extensão de 2 m, dividida em centímetros e subdivida em milímetros, aferida com o idoso de pé e no nível da cicatriz umbilical. A estatura foi aferida utilizando a mesma fita métrica utilizada para mensurar a CA, fixada na parede em um local plano e regular, com o idoso descalço, colocado em posição ortostática com os pés unidos, de costas para o marcador, com o olhar no horizonte.

O índice de massa corporal foi calculado utilizando-se a fórmula $IMC = \text{Peso (kg)} / [\text{Altura}]^2 (\text{m})$. Considerou-se para a classificação do IMC entre os idosos a classificação recomendada pela OMS igual ou superior a 27 kg/m^2 .¹⁴ A CA foi considerada inadequada quando >80 cm para as mulheres e >94 cm para os homens.¹⁵

Os dados coletados foram digitados e compuseram um banco de dados eletrônico, em planilha Excel®, em dupla entrada. Posteriormente, realizou-se a consistência entre as duas bases de dados. Quando houve questões inconsistentes, retomou-se a entrevista original para correção. O banco de dados foi transportado para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, para proceder à análise.

Realizou-se análise estatística por meio de distribuição de frequência simples e o teste *t-Student* para amostras independentes ($p < 0,05$). Utilizou-se o teste qui-quadrado para verificar a prevalência e a associação entre as variáveis categóricas ($p < 0,05$). As razões de chances de prevalência foram apresentadas na forma bruta para cada um dos comportamentos de saúde, sobrepeso, CA e indicativo de depressão. Posteriormente, foram ajustadas para as variáveis sexo, faixa etária, comportamentos de saúde, sobrepeso, CA e indicativo de depressão, por meio de regressão logística binária múltipla, tendo como preditor principal os grupos com e sem HAS ($p < 0,05$).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parecer n. 1477 de 12 de fevereiro de 2010. Os idosos foram abordados em suas residências, sendo apresentados os objetivos da pesquisa. Somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido procedeu-se a entrevista.

RESULTADOS

Tabela 1 - Distribuição das frequências das características socioeconômicas e demográficas dos idosos com e sem hipertensão arterial sistêmica, residentes na zona rural do município de Uberaba-MG, 2010

Variável	Hipertensão Arterial Sistêmica			
	Com		Sem	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	250	54,0	151	39,1
Masculino	213	46,0	235	60,9
Faixa etária (em anos)				
60 70	274	59,2	241	62,4
70 80	137	29,6	123	31,9

Variável	Hipertensão Arterial Sistêmica			
	Com		Sem	
	n	%	n	%
80 ou mais	52	11,2	22	5,7
Estado conjugal				
Nunca se casou ou morou com companheiro (a)	31	6,7	30	7,8
Mora com esposo (a) ou companheiro (a)	301	65,0	270	69,9
Viúvo (a)	103	22,2	58	15
Separado (a)/ desquitado (a) ou divorciado (a)	28	6,0	28	7,3
Escolaridade (em anos de estudo)				
Analfabetos	110	23,8	99	25,6
1 4	149	32,2	106	27,5
4 8	167	36,1	145	37,6
8	18	3,9	11	2,8
9 ou mais	19	4,1	25	6,5
Renda individual mensal (em salários mínimos)*				
Sem renda	49	10,6	37	9,6
<1	22	4,8	9	2,3
1	229	49,5	179	46,4
1 3	134	28,9	125	32,4
3 5	20	4,3	26	6,7
>5	9	1,9	9	2,3
Arranjo domiciliar				
Mora só	75	16,2	61	15,8
Mora com cuidador	-	-	-	-
Mora somente com cônjuge	211	45,6	189	49,0
Mora com outros de sua geração	40	8,6	39	10,1
Mora com filhos	101	21,8	75	19,4
Mora com netos	24	5,2	12	3,1
Outros arranjos	12	2,6	10	2,6

*O salário mínimo correspondia a R\$540,00 ¹⁶

Predominou, dentre os idosos com HAS, o sexo feminino (54%), enquanto para aqueles sem a doença, o masculino (60,9%). O maior percentual, para ambos os grupos, foi para a faixa etária de 60 | 70 anos, casados/ moravam com companheiro, vivendo apenas com o cônjuge, tinham 4 | 8 anos de estudo e renda de um salário mínimo. Destaca-

se que 22,2% dos idosos com HAS eram viúvos (Tabela 1).

Quanto às morbidades, a média para aqueles com HAS foi de 5,82 e desvio-padrão, 3,03, sendo maior do que a média para os idosos sem a referida doença (3,44) e desvio-padrão de 2,42.

Tabela 2 - Distribuição das razões de chances de prevalência ajustadas para as variáveis relacionadas aos comportamentos de saúde, sobrepeso, circunferência abdominal e indicativo de depressão dos idosos com e sem hipertensão arterial sistêmica, residentes em uma zona rural do município de Uberaba-MG, 2010

Variável	Hipertensão arterial sistêmica				X ² *	RCP ajustada (IC)†	p‡
	Com		Sem				
	n	%	n	%			
Etilismo							
Sim	117	25,3	145	37,6	14,913	0,654 (0,47 - 0,90)	0,011
Não	346	74,7	241	62,4			
Tabagismo							
Sim	57	12,3	101	26,4	27,330	0,546 (0,36 - 0,80)	0,003
Não	405	87,7	281	73,6			

Variável	Hipertensão arterial sistêmica				X ² *	RCP ajustada (IC)†	p‡
	Com		Sem				
	n	%	n	%			
Acrescenta mais sal							
Sim	16	3,5	27	7,0	5,449	0,605 (0,30 - 1,18)	0,144
Não	446	96,5	359	93,0			
Pratica atividade física							
Sim	110	23,8	84	21,8	0,472	1,090 (0,76 - 1,54)	0,628
Não	352	76,2	301	78,2			
Sobrepeso							
Sim	194	42,3	91	23,7	32,212	1,749 (1,23 - 2,47)	0,002
Não	265	57,7	293	76,3			
CA							
Adequada	101	22,2	168	44,2	0,360	0,527 (0,36 - 0,76)	0,001
Inadequada	354	77,8	212	55,8			
Indicativo de depressão							
Sim	121	26,1	66	17,1	10,006	1,486 (1,01 - 2,16)	0,021
Não	342	73,9	320	82,9			

* Coeficiente de associação qui-quadrado de Pearson = X²; †Refere-se ao valor da razão de chances de prevalência ajustado; ‡Valor de p, para o teste qui-quadrado considerando o nível de significância (alfa)=0,05.

No que concerne aos comportamentos de saúde, houve menor proporção de idosos com HAS que referiram etilismo, tabagismo e acréscimo de mais sal no alimento após seu preparo em relação àqueles sem HAS (Tabela 2).

Dentre os comportamentos de saúde, após o ajuste, observou-se que os idosos com HAS apresentaram 34,6% a menos de chances de prevalência para o etilismo e 45,4% a menos de chances de prevalência para o tabagismo em relação aos idosos sem HAS (Tabela 2).

No que se refere às variáveis antropométricas, houve maior proporção de idosos com sobrepeso e CA superior ao preconizado e com indicativo de depressão em relação àqueles sem a referida morbidade (Tabela 2).

Após o ajuste, destaca-se que os idosos com HAS apresentaram 74,9% a mais de chances de prevalência para o sobrepeso, 47,3% a mais de chances de prevalência para a CA inadequada e 48% a mais de chances de prevalência para o indicativo de depressão em relação aos idosos sem HAS (Tabela 2).

DISCUSSÃO

A HAS também foi mais prevalente entre o sexo feminino entre adultos e idosos da zona rural do Vale do Jequitinhonha-MG, porém com maior percentual (81,1%).⁹ A diferença da prevalência de HAS entre os sexos é igualmente observada em estudos internacionais. Em pesquisa conduzida com a população idosa rural da China predominou o sexo

masculino (45,2%), enquanto na Grécia foi o feminino (90,2%).¹⁷ Considerando a maior longevidade feminina e a ocorrência de doença crônica, cabe um enfoque no autocuidado para a manutenção da independência o maior tempo possível.

A faixa etária mais jovem, obtida neste estudo, corrobora pesquisa entre idosos da zona rural de Bambuí-MG, em que 59,9% estavam com 60 | -70 anos.¹⁸ Esse achado reforça o dito anteriormente sobre a intervenção do enfermeiro, de maneira que sua atuação busque prevenir outros agravos e impacte positivamente na saúde e na qualidade de vida dos idosos.

No que se refere ao estado conjugal, uma investigação verificou que os idosos casados apresentaram níveis de PA mais controlados em relação aos não casados.¹⁸ O apoio de familiares, como o cônjuge, pode ser um aliado no controle da PA, prevenindo complicações.¹⁹ Assim como um estímulo ao autocuidado, na adesão ao tratamento da HAS, em especial nas mudanças para comportamentos positivos de saúde, quando necessário. Salienta-se que entre os idosos viúvos devem ser desenvolvidas estratégias específicas, uma vez que viver sozinho ou estar só pode aumentar a possibilidade de déficit de autocuidado, ganho de peso, menor motivação para prática de atividade física e maior propensão à depressão.²⁰

Os resultados da escolaridade estão acima do encontrado em pesquisa com adultos e idosos da zona rural de Minas Gerais, em que a maior porcentagem (39%) da população com HAS referiu

de 1-4 anos de estudo.⁹ Sabe-se que a escolaridade pode interferir no tratamento da HAS,² em especial no entendimento das orientações para o tratamento da doença e ações preventivas, além das promocionais de saúde. O vínculo com a equipe da ESF pode favorecer a exposição, pelos idosos, de suas dúvidas, angústias e receios.

Como o obtido na presente pesquisa, a literatura evidencia maior prevalência de HAS entre a população com menor renda.² As especificidades da zona rural em relação ao acesso a bens e serviços podem comprometer de maneira mais enfática o tratamento da HAS entre os idosos com baixa renda.

Cabe ressaltar que o Ministério da Saúde, por meio do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), realiza a distribuição dos diuréticos e dos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECAs), facilitando o acompanhamento, a garantia de recebimento do medicamento prescrito e subsidiando estratégias para melhoria da saúde dessa população.³ Reforça-se, nesse contexto, o papel do enfermeiro, que estabelece vínculo entre a população e a ESF,¹⁹ no intuito de orientar e facilitar o acesso à medicação de direito.

Dentre as variáveis de comportamentos de saúde, o consumo abusivo de álcool na presente pesquisa está superior ao encontrado para idosos brasileiros (4,5%), segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL).³ Isso nos remete à maior preocupação com a população idosa rural, no intuito de investigar as causas envolvidas neste comportamento de saúde, alertando-os para os riscos e consequências do consumo abusivo de álcool em longo prazo.

Para o tabagismo, percentual semelhante foi obtido em estudo entre idosos com HAS da zona rural da Grécia (11,7%).¹⁷ A doença crônica pode ser um estímulo para cessar o hábito ou pode ser um fator que predispõe a pessoa a iniciar e/ou permanecer no vício, pelo estresse causado pela notícia e pelas possíveis consequências.²¹

Cabe aos profissionais de saúde, envolvidos no cuidado desses idosos, atentar-se para estratégias de cessação de tabagismo e diminuição do consumo de álcool e o acompanhamento em longo prazo, independente da faixa etária. Nesse contexto, valoriza-se a consulta de enfermagem, que propicia o acompanhamento das mudanças de comportamentos de saúde e seu impacto sobre a saúde e as complicações de doenças.²²

Referente às variáveis antropométricas, dados da VIGITEL registraram que 58,4% dos idosos maiores de 65 anos, residentes em zona urbana, apresentaram sobrepeso.³ A maior concentração de gordura abdominal interfere na função de outros órgãos, assim como maior resistência à insulina e consequência como a síndrome metabólica.²³

A população que reside em zona rural também está passando pela conhecida transição nutricional, como na urbana, com aumento de sobrepeso e CA, acometendo mais as mulheres.²³ A HAS constitui um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Associada ao sobrepeso/obesidade e CA inadequada torna-se um preditor para o aumento da prevalência de outras morbidades crônicas.⁷ Fazem-se necessárias ações que visem diminuir o peso e, conseqüentemente, a da CA desses idosos, contribuindo para o controle da PA e menor impacto na saúde, reduzindo, portanto, o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, assim como menor comprometimento de órgãos-alvo.

A utilização do espaço rural para prática de atividades, como a confecção de hortas caseiras, além de melhorar a qualidade da alimentação, estimula a perda calórica por meio da atividade e pode ser promovida em caráter individual e coletivo.

Estudo com idosos de um grupo de saúde de Sarandi-PR registrou 30% de sintomas depressivos entre idosos com HAS.²⁰ Tal fato pode estar associado à menor motivação entre os idosos com indicativo de depressão para o cuidado com a saúde, o que pode originar ou acentuar comportamentos prejudiciais à saúde como o sedentarismo, consumo de tabaco e álcool. Uma vez que a HAS é, em sua maioria, assintomática, pode diminuir a chance do diagnóstico precoce entre os idosos com indicativo de depressão.²² Cabe uma atenção direcionada para os idosos com o indicativo de depressão, no intuito de investigar esses sintomas, instituir ações de acompanhamento e, quando necessário, encaminhamento para o diagnóstico médico.

Ressalta-se que a consulta de enfermagem é uma ferramenta essencial na atenção primária à saúde e propicia maior envolvimento com o próprio cuidado pelo idoso atendido e maior vínculo com o profissional de saúde. A consulta de enfermagem propicia o acompanhamento das mudanças de comportamentos de saúde e seu impacto sobre a saúde e as complicações de doenças.²²

Diante do exposto, verifica-se a necessidade de implementar ações de saúde voltadas para os idosos com e sem HAS que residem na zona

rural, valorizando a localidade para a prática de atividade física, cultivo de hortas caseiras, cessação do etilismo e tabagismo, acompanhamento individual e coletivo.

CONCLUSÃO

Faz-se necessário maior acompanhamento desses idosos, atentando-se para aqueles do sexo feminino, mais jovens, com menor renda, maior média de morbidades associadas, sobrepeso, CA inadequada e com indicativo de depressão no intuito de postergar complicações oriundas da HAS e outras comorbidades.

Para isso, prioriza-se o incentivo à prática de atividade física por meio de grupos para idosos, como em projetos de academia ao ar livre e caminhadas coletivas, que podem beneficiar esses idosos física, social e mentalmente. Um acompanhamento nutricional individualizado para perda de peso, cessação de tabagismo e etilismo e sensibilização para o autocuidado e o tratamento da HAS também são importantes.

O autorrelato dos comportamentos de saúde foi uma limitação do presente inquérito.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009 [online]. Brasília (DF): IBGE; 2010 [acesso 26 set 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1):1-51.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
4. Tavares DMS, Martins NPF, Diniz MA, Dias FA, Santos NMF. Qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial. Rev Enferm UERJ. 2011 Jul-Set; 19(3):438-44.
5. Moraes EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. Texto Contexto Enferm. 2008 Abr-Jun; 17(2):374-83.
6. Lyra Júnior DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. Rev Latino-Am Enfermagem. 2006 Mai-Jun; 14(3):435-41.
7. Araújo MA, Paes NA. Qualidade dos dados antropométricos dos usuários hipertensos atendidos no programa de saúde da família e sua associação com fatores de risco. Texto Contexto Enferm [online]. 2013 Out-Dez [acesso 2014 Out 30]; 22(4):1030-40. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000400020&script=sci_arttext
8. Bicalho PG, Hallal PC, Gazzinelli A, Knuth AG, Meléndez GV. Atividade física e fatores associados em adultos de área rural em Minas Gerais, Brasil. Rev Saúde Pública. 2010; 44(5):884-93.
9. Pimenta AM, Kac G, Gazzinelli A, Oliveira RC, Meléndez GV. Associação entre obesidade central, triglicerídeos e hipertensão arterial em uma área rural do Brasil. Arq Bras Cardiol. 2008; 90(6):419-25.
10. Freitas ED, Haddad JPA, Meléndez GV. Uma exploração multidimensional dos componentes da síndrome metabólica. Cad Saude Publica. 2009; 25(5):1073-82.
11. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq Neuropsiquiatr. 1994; 52(1):1-7.
12. Rodrigues RMC. Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. Rev Panam Salud Publica. 2008; 23(2):109-15.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Política Nacional de Alimentação e Nutrição: como está sua alimentação? [online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006; [acesso 2012 Nov 2]. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/teste_alimentacao.php
14. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde para o sistema de vigilância alimentar e nutricional [online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004; [acesso 2014 Out 20]. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_basicas_sisvan.pdf
15. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arq Bras Cardiol. 2007; 88; (supl. 1):1-19.
16. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Salário mínimo 2010 [online] [acesso 2014 Out 17]. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html#2010>
17. Triantafyllou A, Douma S, Petidis K, Panagopoulou E, Tsooulidis S, Zamboulis C. et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension

- in an elderly population in Greece. *Rural Remote Health*. 2010; 10(2):1-10.
18. Nations M, Firmo JOA, Costa MFL, Uchôa E. Balking blood pressure "control" by older persons of Bambuí, Minas Gerais State, Brazil: an ethnoepidemiological inquiry. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27 (Sup 3):S378-89.
19. Barreto MS, Marcon SS. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2014 Jan-Mar [acesso 2014 Out 30]; 23(1):38-46. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00038.pdf
20. Sass A, Gravena AAF, Pilger C, Mathias TAF, Marcon SS. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(1):80-5.
21. Butler KM, Hedgecock S, Record RA, Derifield S, Mcginn C, Murray D, et al. An evidence-based cessation strategy using rural smokers' experiences with tobacco. *Nurs Clin North Am*. 2012 Mar;47(1):31-43.
22. Manzini FC, Simonetti JP. Consulta de enfermagem aplicada a clientes portadores de hipertensão arterial: uso da teoria de autocuidado da orem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009 Jan-Fev; 17(1):113-9.
23. Mendes LL, Gazzinelli A, Meléndez GV. Fatores associados à resistência a insulina em populações rurais. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2009; 53(3):332-9.