

# CARACTERIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL EM IDOSOS, ESTILO DE VIDA e ADESÃO AO TRATAMENTO

Marcílio Sampaio dos Santos<sup>1</sup>  
Márcia Andréia Gonçalves Leite<sup>2</sup>  
Mércia Aurélio Gonçalves Leite<sup>3</sup>  
Olavo Leite de Macêdo Neto<sup>4</sup>

## RESUMO

Buscou-se caracterizar o estilo de vida e a adesão ao tratamento nos longevos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). É um estudo com coleta de dados primários, prospectivo, transversal de base populacional, exploratória e de caráter quantitativo. Avaliou-se 235 idosos da cidade de Barra do Garças - MT, foi realizado pelo menos uma visita domiciliar para que as pessoas idosas pudessem responder a seis (06) instrumentos de coleta de dados, sendo eles: (1) Termo de Consentimento livre e esclarecido; (2) – Identificação do Idoso na Unidade de Saúde da Família; (3) – Caracterização do perfil econômico; (4) – Avaliação das condições de saúde; (5) – Escala de Avaliação da Pressão Arterial Elevada; (6) - Escala de Avaliação de Adesão ao Tratamento. Comprovou a predominância da HAS em mulheres, na faixa etária entre 60-69 anos, casadas, religiosas, com baixo nível de escolaridade, possuindo renda familiar de até um salário mínimo e grande prevalência ao uso de medicações. O estilo de vida é evidenciado pela pouca prática de exercícios físicos, envolvimento social-religioso e atividades de lazer. Certificou-se que os idosos cumpriram com a adesão ao tratamento, elevando assim a qualidade de vida.

Palavras-chave: Idoso, Hipertensão Arterial, Qualidade de vida e Adesão ao tratamento

---

<sup>1</sup>Doutor, em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo, Rib. Preto. Professor-Associado na Universidade Federal de Mato Grosso. E-mail: [sempre.evolutir@gmail.com](mailto:sempre.evolutir@gmail.com)

<sup>2</sup>Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás-UFG. E-mail: [marciaagleite@hotmail.com](mailto:marciaagleite@hotmail.com)

<sup>3</sup>Doutora em Farmácia pela Universidade Federal de Minas Gerais-UFG. Professora Adj. Universidade Federal de Mato Grosso-UFMT. E-mail: [merciagl@gmail.com](mailto:merciagl@gmail.com)

<sup>4</sup>Graduando do Curso de Medicina da Faculdade Estácio do Juazeiro do Norte - UFJ, [olavoleitemacedo@gmail.com](mailto:olavoleitemacedo@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

No Brasil o crescimento da população idosa tem aumentado de forma gradativa (INAGAKI et al., 2008 p.1). Segundo as Nações Unidas há uma tendência mundial para o aumento das pessoas com mais de 60 anos. A previsão é que o número de longevos no mundo salte de 901 milhões (valor de 2015) para 1,4 bilhões em 2030, um crescimento de 56%. (ONU, 2014)

O envelhecimento populacional resulta em uma redução na taxa de mortalidade e, conseqüentemente depois de um determinado tempo na queda de natalidade, trazendo consigo transformações na estrutura etária da população (Miranda, Mendes e Silva 2016 p.508).

O conceito saúde não é apenas ausência de doença, engloba o bem-estar físico, mental e social. Em vista disso, a qualidade de vida está associada diretamente com a promoção da saúde, variando de indivíduo para indivíduo, envolvendo o lugar onde se vive, classe social, cultura, política, dentre outros fatores (OPAS/OMS Brasil, 2016).

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTS) são resultantes do estilo de vida causadas pela exposição aos fatores de risco, hábitos alimentares, falta de atividade física, obesidade ou excesso de peso, tabagismo dentre outros. O tempo de exposição e o desenvolvimento da doença é muito longo por isso é que se diz que são desenvolvidas ao longa da vida.

As DCNT, principalmente as que acometem o aparelho circulatório, são as principais causas de mortalidade no Brasil, sendo responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) se destaca, dentre as demais, para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares fatais e não fatais. (MATAVELLI et al., 2014 p. 2).

O idoso portador de DCNT está em constante processo adaptativo que envolve a doença em se, o meio ambiente e o convívio social. É nesse dilema que se insere o objeto de estudo da investigação: elevados níveis pressóricos, estilo de vida e adesão ao tratamento.

Dado a ausência de sintomas, por se tratar de uma enfermidade insidiosa, muitas pessoas não sabem que são portadoras de pressão alta. Outros sabem que são hipertensos mas não aceitam o tratamento. Isso se dá devido às dificuldades encontradas para manter os níveis pressóricos normais, o tratamento é de longo prazo e exige mudança de estilo de vida.

A hipertensão arterial (HA) representa um problema de saúde pública, tem alto custo social, é responsável por elevada mortalidade e morbidade cardiovascular no Brasil, tem prevalência 15 a 20% entre adultos. (MONTEIRO e SOBRAL, 2004 p.514)

A VI<sup>o</sup> Diretrizes de Hipertensão (Arquivos Brasileiros de Cardiologia et al., 2016, p. 15) define HAS como:

“Uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.” (GUIMARÃES-FILHO, 2015)

Conforme a VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (2010 p.30) adesão ao tratamento é definida como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente.

Os principais determinantes para a não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo são a falta de conhecimento sobre a doença, motivação para tratar uma enfermidade assintomática e crônica, baixo nível socioeconômico, aspectos culturais, crenças, baixa autoestima, relacionamento inadequado com a equipe de saúde, tratamento prolongado, dificuldade na marcação das consultas, custo elevado, efeitos adversos dos medicamentos, interferência na qualidade e no estilo de vida após o início do tratamento (VI Diretriz Brasileira de Cardiologia, 2010 p.30).

Ainda segunda a fonte citada (p.16,30), o não-seguimento ou o abandono do tratamento aumenta o número de hospitalizações devido às complicações da doença, dentre elas o acidente vascular encefálico, diminuição da visão por lesões na retina, problemas cardíacos, lesão vascular e renal.

A HAS apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade, exige mudanças consideráveis no estilo de vida. Aqui entende-se estilo de vida como:

“O conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício. Eles têm importantes implicações para a saúde e são frequentemente objeto de investigações epidemiológicas” (U.S. Department of Health and Human Services, 2010; WHO, 2004)

A atenção primária importa reforçar o acompanhamento do estado clínico com o intento maior em reduzir as complicações cardiovasculares e desfechos como infarto agudo do miocárdio (IMA), acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH), problemas renais, entre outros (SUZANO et al., 2016 p.54).

O estilo de vida é aqui entendido como a aquisição de hábitos e costumes que venham a favorecer a terapêutica anti-hipertensiva. A prevenção em nível primário relacionadas a mudanças no estilo de vida é principal medida em nível de saúde pública e comunitária. Dentre essas medidas pode-se relacionar: a manutenção de um peso ideal, dieta saudável, atividades

físicas regulares, cessação do tabagismo, consumo moderado de álcool, controle nos níveis de lipídios, níveis alto de colesterol.

O tratamento não farmacológico é recurso terapêutico que não necessita de intervenção medicamentosa, apenas mudanças no estilo de vida, por exemplo, a realização de atividades físicas, gerenciamento do estresse, hábitos alimentares saudáveis, principalmente a redução do consumo de sódio e gorduras e a suspensão ou diminuição de vícios como tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, drogas ilícitas e uso regular da medicação anti-hipertensiva (SILVA et al., 2015 p. 117, 125; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016 p. 372).

Para o controle e prevenção da hipertensão arterial é necessário que haja mudanças nos hábitos de vida e a conscientização em relação aos fatores de risco que são associados. É de fundamental importância a associação do tratamento não farmacológico e farmacológico para que possam manter os valores da pressão arterial nos níveis normais.

Outro conceito importante que permeia a trajetória da investigação é o entendimento relacionado a “fator de risco”, pois se trata de um conceito importante no campo das doenças crônicas não transmissíveis.

Para a moderna Epidemiologia, o conceito de risco é um conceito fundamental, e a sua incorporação possibilitou à esta disciplina o estudo de doenças não transmissíveis, o que representou uma enorme ampliação de seu objeto de estudo. “Risco” é usado como sinônimo para perigo, algo possível de ocorrer. Em Epidemiologia chance de algo ocorra, prevalência ou a probabilidade de um evento ocorrer durante um período de tempo especificado. (ROTHMAN et al, 2011, p.20)

Justifica-se esta pesquisa diante de evidências clínicas, comportamentais, estudos de caso e, com base na mais recente revisão bibliográfica, a necessidade de mudanças no estilo de vida, pois o uso de medicamentos sem atitudes comportamentais e culturais pode não ser suficiente para que a pressão arterial seja controlada.

O problema da investigação reside na dificuldade em associar um estilo de vida compatível com a lida da hipertensão arterial e adesão ao tratamento em idosos. Quais são as dificuldades dos idosos em adotar um estilo de vida compatível com hipertensão arterial que os aflige e na adesão ao tratamento?

Após as leituras e munidos de informações acerca do objeto de estudo tem-se como objetivo caracterizar a associação da hipertensão arterial sistêmica em idosos com o estilo de vida e adesão ao tratamento.

## **METODOLOGIA**

É um estudo com coleta de dados primários, prospectivo, transversal de base populacional, exploratória, de caráter quantitativo. O universo da pesquisa é composto por pessoas idosas de ambos os sexos, com alguma doença crônica não transmissível (DCNT), nos meses de abril a setembro de 2017, residentes na cidade de Barra do Garças, estado de Mato Grosso. A cidade de Barra do Garças tem 5.452 pessoas idosas (universo da pesquisa), segundo o censo do Tribunal Regional Eleitoral (TRE, 2014). A amostra (N=235) foi constituída pelas pessoas idosas acompanhados nas quinze (15) Unidades de Saúde da Família. A identificação dessas pessoas deu-se através do prontuário das famílias cadastradas nas unidades de saúde. Uma vez identificadas e de posse de seus endereços, foram visitados pelo pesquisador e auxiliares, acompanhado pelo agente comunitário de saúde da área adscrita à unidade de saúde. A seleção para visita domiciliar deu-se de forma aleatória (randomização) a fim de assegurar a representatividade da amostra (N), desta forma foi garantida que cada elemento da população tivesse exatamente a mesma probabilidade (p) de ser selecionado (Kara-Junior, 2014 p.67 Editorial). Foi realizado pelo menos uma visita domiciliar para que as pessoas idosas pudessem responder ao (1) Termo de Consentimento livre e esclarecido; (2) – Identificação do Idoso na Unidade de Saúde da Família; (3) – Caracterização do perfil social e demográfico e estilo de vida dos idosos; (4) - Caracterização do perfil econômico dos idosos; (5) - Avaliação das condições de saúde; (6) – Escala de Avaliação da Pressão Arterial Elevada; (7) - Escala de Avaliação de Adesão ao Tratamento. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados não tiveram necessidade de ser aplicado enquanto teste piloto porque já é validado pela comunidade científica. (SVARSTAD et al., 1999; WHO, 2003)

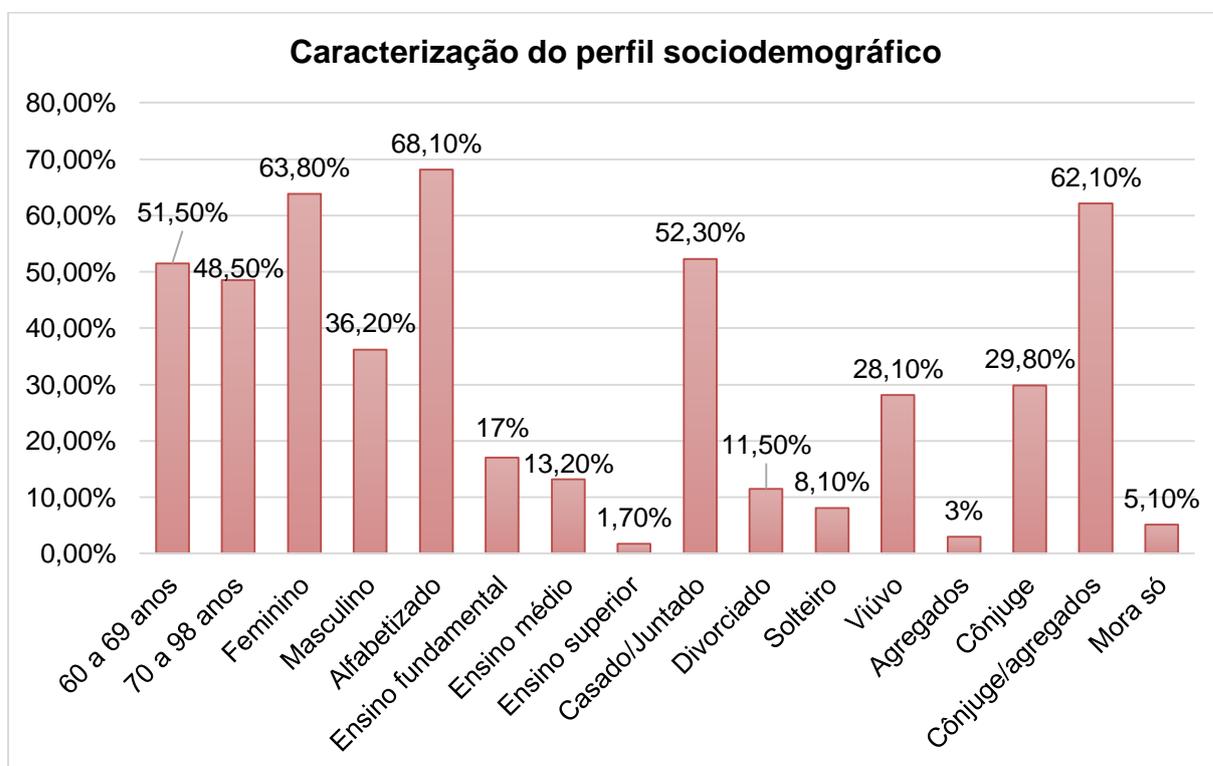
Foram incluídos na presente investigação todas as pessoas idosas em acompanhamento nas unidades de saúde da família que permitiram a visita domiciliária e responderam a todos os instrumentos de coleta de dados. Não foram elegíveis para o presente estudo todos aqueles(as) que manifestarem interesse em não participar, aqueles(as) com dificuldades de comunicação, e aqueles(as) que não preencheram o formulário de aplicação. Todos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e confidencialidade dos dados, convidados a assinar o consentimento de participação avaliado pela Comissão de Ética em Pesquisa. Aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso, nº CAAE: 51585115.1.000.5587, tendo o parecer de nº 1387492.

### Análises estatísticas

Os dados foram analisados com o auxílio do pacote estatístico SPSS versão 23, adotando um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). A caracterização do perfil demográfico, econômico, social, e aspectos relacionados a saúde, foi realizado por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas e estatísticas descritivas (mediana, média, desvio padrão, mínimo e máximo) para as variáveis quantitativas. A normalidade dos dados foi verificada utilizando o teste de Shapiro-Wilk.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

**Figura 1.** Caracterização do perfil sociodemográfico dos idosos (N = 235).



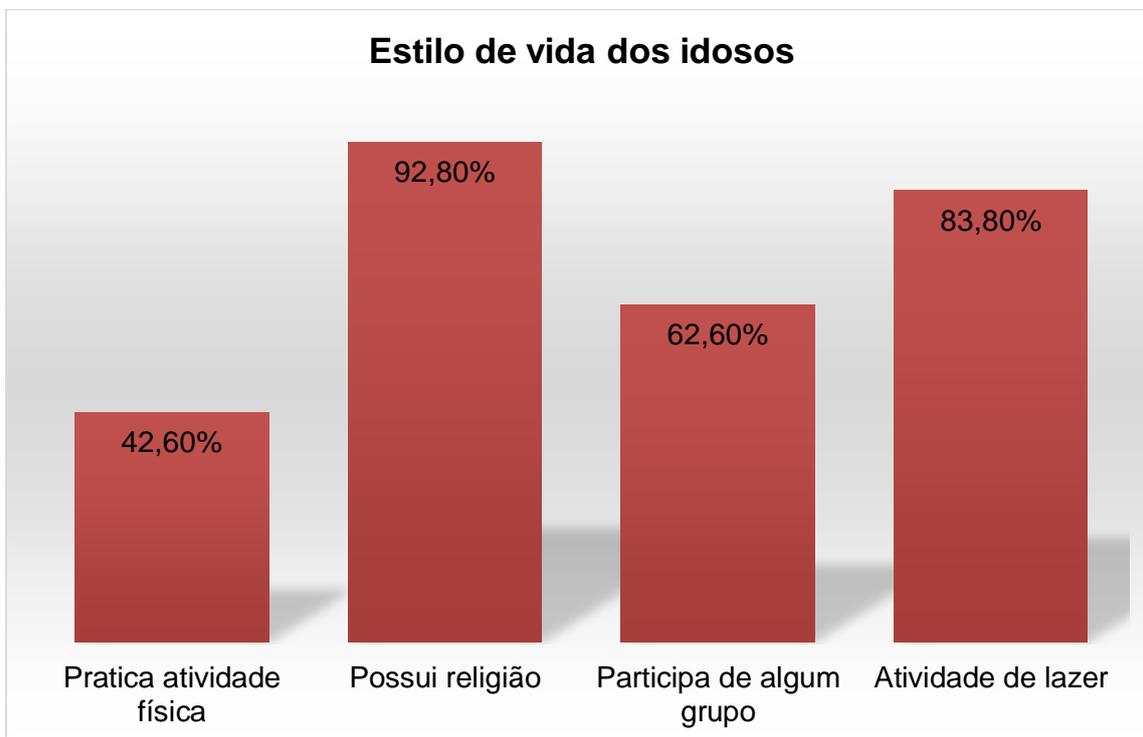
Os idosos são responsáveis economicamente pelo domicílio, têm renda média de R\$ 657,00 de aposentadoria, mora na cidade, têm assistência dos filhos ou enteados. O achado desta investigação reflete o artigo de (PEREIRA, NOGUEIRA, SILVA, 2015 p. 896) “maior participação para idosas (64.0%) na faixa etária de 60 a 69 anos. Buscando-se fazer um comparativo com outras pesquisas, observou-se que o estudo Salvador, Reis e Florindo (2010 p. 4) com 385 idosos apresentou maioria do sexo feminino (60,5%), com idade entre 60 e 74 anos (57,1%). Mantovani, Mendes (2010 p. ) também chegaram a resultados aproximados, 68,7% das pessoas idosas estavam com idade entre 60 e 70 anos. Percebe-se que a média de

idade fica muito próxima a  $69,4 \pm 8,4$  anos (60 a 98 anos). Nesta pesquisa 85,1% têm menos de 11 anos de estudos, é mulher (63,8%) e casada/juntada (52,3%). Constata-se igualmente em uma análise com idosos na cidade de Florianópolis-SC, com uma população de 1.705 idosos, maioria era mulher (63,9%), de cor branca (86,0%), com baixa escolaridade (40,0%), casada ou com companheiro (58,8%) (GIEHL et al., 2012). No estudo em tela vê-se que 65,1% ou vivem com o cônjuge ou vive com o cônjuge mais agregados.

A escolaridade é uma variável que influencia o conhecimento/entendimento e as atitudes em relação às doenças. Estudos evidenciam que quanto maior a escolaridade maior é a compreensão e adoção de práticas de autocuidado. A qualidade de vida e o bem-estar envolve outros aspectos além da saúde pois é influenciada pela escolaridade e fatores relacionados. O entendimento da doença, as comorbidades a ela relacionadas, o autocuidado está relacionado aos anos de estudo, havendo pois uma relação direta entre escolaridade e nível sócio-econômico. (CHEHUEN NETO, 2019 p. 1122,1128).

Constatou-se durante a fase de levantamento de informações, quando das visitas domiciliares, que muitos idosos, familiares e cuidadores tinham dificuldades quanto a patologia de base e suas comorbidades. Não entendiam igualmente o porquê de múltiplos fármacos. Tão pouco não se sentiam esclarecidos quando da visita às unidades de saúde da família. Destaca-se a escolaridade como fator relevante para o seguimento terapêutico uma vez que as pessoas com grau de escolaridade mais avançado tendem a assimilar melhor as informações. Observou-se que muitos entrevistados nunca estudou ou não completou o ensino fundamental. Constata-se um rebaixamento na qualidade de vida em idosos e familiares com baixo nível de formação escolar.

**Figura 2.** Caracterização do estilo de vida dos idosos.



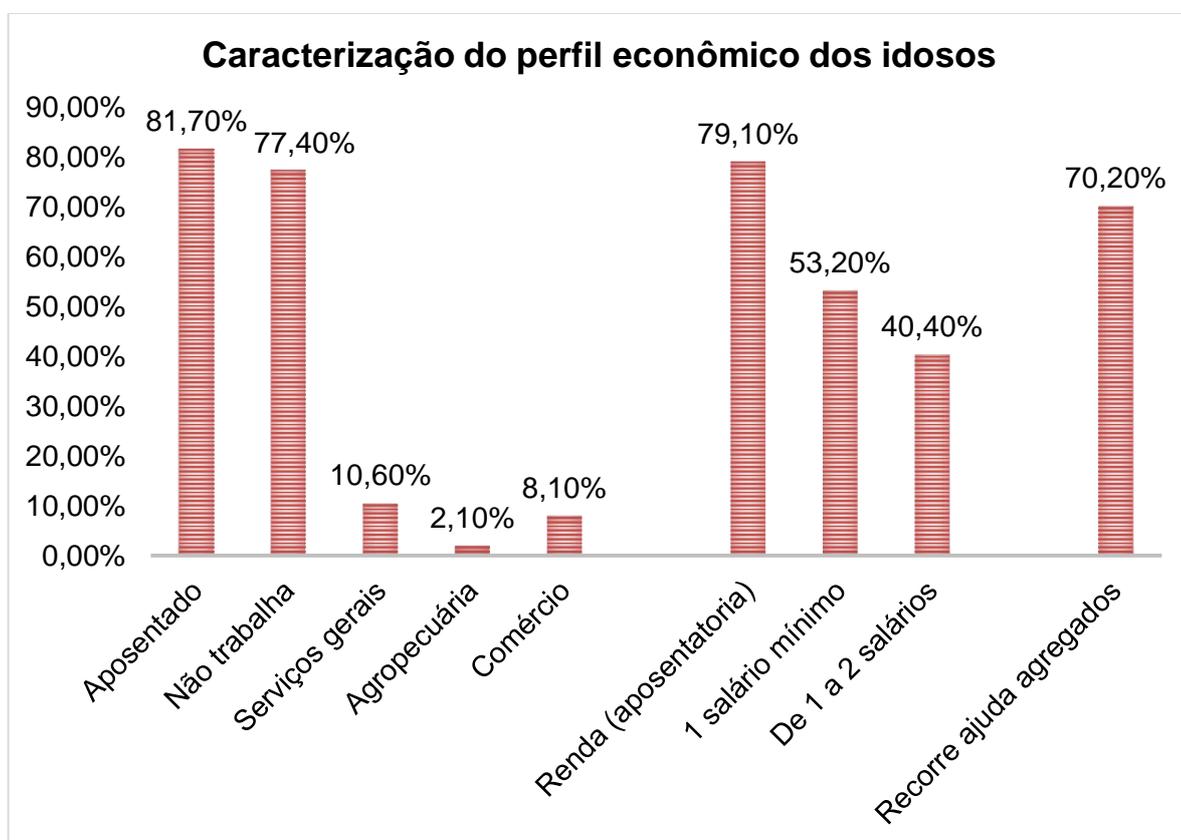
Da população entrevistada (N=235) 57,4% não fazem atividades físicas. Percebe-se que 57,4% não pratica nenhum tipo de atividade física, podendo influenciar de forma importante para o agravamento de comorbidades relacionadas à doença de base, é um fator de risco que se agrega aos já existentes. Existem coincidências com pesquisa semelhante realizada por Falcão et al., (2018 p.6) no qual 58,6% dos participantes não praticavam atividade física. Macêdo et al., (2018 p 696) chegou a resultados muito próximos (51%).

O estilo de vida sedentário associado a outros fatores de risco podem contribuir para a elevação da pressão arterial (PA), certificam ainda que o sedentarismo é um dos principais fatores para a manifestação de doenças cardiovasculares (GUIMARÃES-FILHO et al, 2015 p.p 292,295).

Dos participantes 92,8% afirmaram possuir alguma religião, e 62,6% participavam de algum grupo. Alguns estudos indicam a correlação da religião com a HAS, embora a forma como ocorra essa relação ainda não está clara (ANDRADE et al., 2014 p.p 3498,3501). Silveira & Azambuja (2018 p.12) afirma que a religião e espiritualidade são acontecimentos relevantes na vida dos brasileiros, cerca de 92,51% da população declarou ser aderente de uma religião no censo demográfico de 2000.

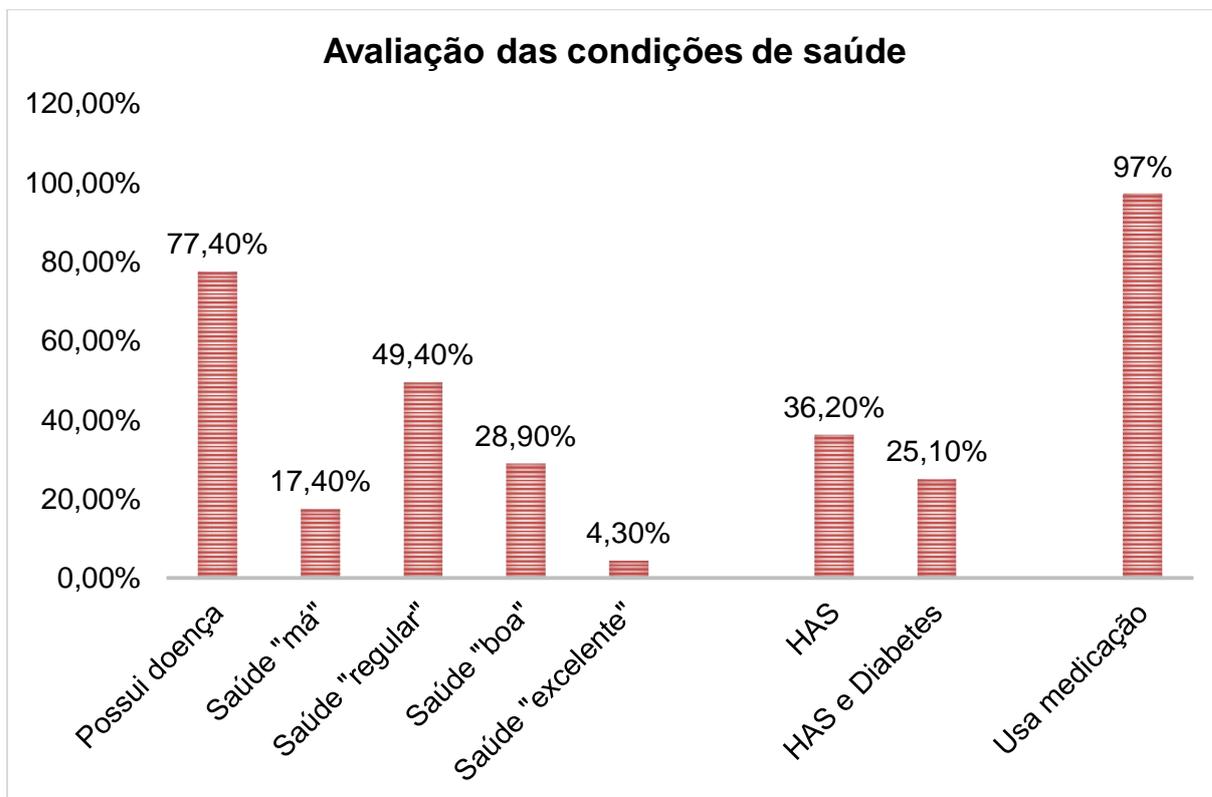
Em relação ao lazer, o estudo de Costa (2018 p.p 25,29-30) relata que uma vida ativa na terceira idade proporciona um envelhecimento saudável em condições de dignidade. Ressalta ainda que a saúde intelectual e física nesse processo é de grande importância e podem ser equilibradas por meio de atividades sociais e de lazer que não deixam os longevos se sentirem excluídos da sociedade. Os entrevistados desta pesquisa afirmaram que realizavam algum tipo de atividade de lazer (83,8%), resultados um pouco superiores aos achados por Lima et al (2018 p.42) onde havia 52,2%.

Figura 3. Caracterização do perfil econômico dos idosos (N = 235)



O perfil econômico dos idosos mostrou que, 77,4% não trabalhavam e 53,2% apresentaram uma renda familiar de um salário mínimo oriundo de aposentadoria. Os participantes desta pesquisa apresentaram somente a renda da própria aposentadoria, onde 1,7% obtêm aposentadoria do cônjuge e 4,7% pensão/ajuda de familiares. Relataram (70,2%) que ao necessitar de ajuda acabam recorrendo aos agregados, passando a dispor de auxílios muitas vezes dos filhos e netos. Esse resultado corrobora com o estudo de Dias et al. (2015 p.96) mostrou que 96,15% possuem renda familiar de até um salário mínimo.

Figura 4. Avaliação das condições de saúde (N = 235).



Dos 235 participantes, 77,4% informaram possuir alguma doença. Quando interrogados sobre sua condição de saúde, 49,4% descreveram como “regular”. Os idosos justificaram sua resposta em relação a perda da qualidade de vida como um resultado esperado dado as dificuldades advindas com a doença, sendo forçados a mudar hábitos de vida aos quais já estavam acostumados e faziam parte da sua cultura.

A prevalência da HA referida pelos entrevistados foi de 36,2%, ou seja, dos 235 idosos, 85 referiram ser hipertensos. Essa doença possui uma alta prevalência, e como já mencionado, traz perdas importantes a qualidade de vida, impõe-se mudanças no estilo de vida.

Quanto ao uso de medicamentos, 97% eram submetidos a prescrições medicamentosas, dentre elas hidroclorotiazida, propranolol, captopril, glibenclamida e metformina. O uso de polifármacos é uma realidade, quando da visita à casa dos idosos era comum trazer para a averiguação dos pesquisadores a caixa de medicamentos. A falta de informação associada à facilidade na compra de medicamentos isentos de prescrição são as causas mais comuns de interação medicamentosa em indivíduos que convivem em múltipla terapia medicamentosa. Esse fato também foi constatado por Kledson, L.B.; Karina (2018 p.p 85-86,88)

Dos entrevistados, 63,1% informaram que nunca se esqueciam de tomar a medicação. Isso mostra uma adesão e comprometimento ao tratamento proposto. Os dados expostos são discordantes em comparação ao achado de Pinheiro et al. (2018 p.7), que de modo geral, evidenciou baixa adesão à terapêutica medicamentosa em 70,7% para o tratamento da HA.

Essa divergência entre os resultados dos estudos pode ser explicada em relação ao aumento da expectativa de vida. Outros fatores como avanços tecnológicos voltados para a prevenção e cura de doenças, melhorias das situações sanitárias e uma maior conscientização sobre saúde colaboram para uma adesão maior (ORTA, 2014 p.7-8).

Também indagou-se com que frequência a pessoa idosa decide “não tomar o remédio”, onde 92,5% alegaram que nunca fazem isso. Esse dado obtido é de grande importância e mostra que os idosos que participaram da pesquisa estão cientes da importância da adesão ao medicamento. Os medicamentos influenciam na qualidade de vida dos hipertensos e é indício de um bom prognóstico e contribuem para a adesão à terapêutica e aumento nos anos de vida (PINHEIRO et al., 2018 p.p 2,7).

No que diz respeito aos hábitos alimentares, 63,8% dos idosos relataram que “nunca comem alimentos salgados” e 76,9% “nunca põe sal na comida”. A educação alimentar tem forte interferência para a saúde, bem-estar e qualidade de vida na vida dos hipertensos. O estudo de Santos, Gomes & Lima (2018 p.201) permitiu constatar que 92,3% alegou não manter a prática de adição de sal no momento da ingestão dos alimentos, corroborando com nosso estudo. Uma dieta reduzida nos teores de sódio, baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir os níveis pressóricos do portador de hipertensão arterial (BRASIL, 2006, p. 25).

Ainda em referência aos hábitos alimentares é de grande importância evitar comida industrializada. Evidenciou-se que 75,6% dos idosos “nunca come em “fast food”“. Em relação a outro estudo houve uma prevalência de 64,61% do total negando consumir fontes industrializadas de sal, como enlatados e molhos prontos, por exemplo (Santos, Gomes, & Lima, 2018 p.201). Gravina, Grespan e Borges (2007 p.p 34,36) afirmaram que alimentos industrializados se destacam entre os principais desencadeadores de doenças secundárias à HAS, por serem ricos em gorduras saturadas, açúcar e sal.

Ao serem questionados em relação ao comparecimento às consultas médicas, 56,3% afirmaram comparecer às consultas todas às vezes quando marcadas e 82,5% nunca faltam a

essas consultas. Estudo realizado por Santos et al (2005 p.338) revela que a maioria dos entrevistados (60%) declararam o comparecimento às consultas agendadas.

O comparecimento as consultas tem correspondência positiva com a adesão ao tratamento, pois colaboram para o controle da PA e proporcionam o monitoramento dos níveis pressóricos pelos profissionais da saúde, ou seja, quanto mais regular o indivíduo comparecer às consultas agendadas, maior sua adesão ao tratamento, concordando com os resultados deste estudo.

Habitualmente os idosos não saem da farmácia sem os medicamentos necessários (82,5%) e nunca ficam sem os remédios (75,0%). O exposto revela que grande parte dos entrevistados possui uma boa adesão ao tratamento. A adesão ao tratamento medicamentoso esteve presente em 87% dos pacientes no estudo de BEZERRA, LOPES, & BARROS (2014 p.552).

Quando indagados se “ficam de um a três dias sem tomar o remédio, sem o conhecimento do médico”, 76,9% admitiu que nunca fazem isso. Esse resultado enfatiza um comportamento adequado para o controle da pressão arterial.

Uma parcela de 91,2% manifestou que “nunca deixa de tomar os remédios se sentindo bem” e 96,9% “nunca deixa de tomar os remédios se sentindo doente”. Essa informação revela que a concepção dos idosos sobre o remédio e a adesão está correta, pois quando ocorre do paciente seguir as recomendações dos profissionais da saúde, terá uma adequada adesão ao tratamento (VERAS & OLIVEIRA, 2009, p. 133) e conseqüentemente melhora na qualidade de vida.

Na questão em que foi perguntado com que freqüência a pessoa idosa “toma remédio de outra pessoa”, um percentual de 85,0% relata que nunca fazem isso, esse achado é de grande valia, diminuindo o risco de efeitos adversos que possam levar a complicações no quadro clínico.

O comportamento do idoso em relação a deixar de tomar o remédio por descuido ou esquecimento teve uma prevalência de 70%. Esse resultado obtido é positivo devido aumentar a eficácia do remédio e diminuir as causas de efeitos colaterais. Esse dado é relevante: se uma pessoa se esquece de tomar a medicação o nível pressórico pode subir, agravando o estado clínico. Esquecer de tomar os medicamentos anti-hipertensivos de uso contínuo na hora correta

pode causar uma crise hipertensiva grave e gerar danos severos aos vasos sanguíneos em um curto espaço de tempo. (SANTOS, FERREIRA, 2018 p. 405)

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo da hipertensão arterial sistêmica em idosos com destaque para estilo de vida e sua associação com a adesão ao tratamento constatou a necessidade para a incorporação de mudanças no dia-a-dia, mesmo que diminutas, têm o efeito sinérgico no controle e diminuição dos níveis pressóricos. São ações corriqueiras tais como atividades física moderada, cuidados com a alimentação, sobretudo quanto ao consumo de sódio, não esquecer de tomar o medicamento, dentre outras. São mudanças no estilo de vida e atitudes comportamentais e culturais que em muito ajudam no controle da hipertensão arterial.

Comprovou-se que o problema reside no receio em sentirem-se mal na tomada do medicamento muitas vezes devido à simples falta de esclarecimentos/conhecimentos. Nesse caso a interrupção do tratamento pode agravar a enfermidade o que também ocorre por aumento da dosagem. O idoso comumente tem hábitos, comportamentos que podem trazer riscos de agravos à saúde. A alimentação saudável, a prática de exercícios físicos e o tratamento farmacológico ainda não estão presentes de forma integral e correta na vida das pessoas com pressão alta. Pelo exposto e com base nas sólidas evidências fica caracterizada a associação da hipertensão arterial sistêmica em idosos com o estilo de vida e adesão ao tratamento.

O presente estudo fornece evidências empíricas e suporte, a partir de uma ferramenta de reconhecimento internacional (Evaluation of Hill-Bone Medication Adherence Subscale) de avaliação da adesão ao tratamento na hipertensão arterial. Cuidadores de saúde (médicos, enfermeiros, agentes comunitários), familiares, cuidadores de pessoas idosas no lar, provedores e pesquisadores podem usar as informações desta pesquisa para melhorar e compreender a complexidade na adesão ao tratamento.

### **Dificuldades e limitações do estudo**

Alguns endereços estavam desatualizados nos prontuários das unidades de saúde da família, dessa forma, em alguns casos ficou impossível encontrar o idoso no endereço registrado por motivo de mudança. Houveram ainda casos de o idoso não se encontrar em casa no momento da visita e recusas por parte do indivíduo/familiares em participar da pesquisa, falecimento, dificuldades cognitivas e motoras do idoso, hospitalizações. Era evidente, da parte dos familiares, o medo de serem abordados por marginais tentando se passar por profissionais

da saúde, um reflexo da violência nos centros urbanos, isso apesar dos entrevistadores estarem uniformizados com jaleco da Universidade Federal de Mato Grosso, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem, apresentar crachá de identificação, carteira de identidade pessoal.

Destaca-se que os resultados obtidos devem ser interpretados levando-se em consideração que a população estudada é restrita aos frequentadores de UBS.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. M. O. et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3497-3504, Agosto, 2014.

BEZERRA, A. S. M.; LOPES, J. L.; BARROS, A. L. B. L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo-SP, Brasil, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

COSTA, F.R et al., Qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de programas públicos de exercícios físicos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.p 24-34, 2018.

DIAS, E. G. et al. Caracterização dos hipertensos e Fatores dificultadores na adesão do idoso ao tratamento medicamentoso da Hipertensão. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 3, p. 39-49, 2015.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1 (supl.1), p. 1-51, 2010.

FALCÃO, A. S. et al. Estilo de vida e adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica em homens idosos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, Maio, 2018.

GRAVINA, C. F.; GRESPLAN, S. M.; BORGES, J. L. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 14, n. 1, p. 33-6, 2007.

GUIMARÃES-FILHO, G. C. et al. Progression of blood pressure and cardiovascular outcomes in hypertensive patients in a reference center. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 104, n. 4, p. 292-298, 2015.

INAGAKI, R. K. et al. A vivência de uma idosa cuidadora de um idoso doente crônico. **Ciência, Cuidado e saúde**, v. 7, 2008.

KARA-JUNIOR N. **Rev Bras Oftalmol**. v.73, n. 2, p.p 67-8, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v73n2/0034-7280-rbof-73-02-0067.pdf>. Acessado em: 21/12/2016.

KLEDSON, L.B.; KARINA C.S.M. Interação Medicamentosa: um Agravado à Saúde Fragilizada. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 16, n. 58, p. 84-92, out./dez., 2018.

LIMA, D. F. et al. O padrão da atividade física no lazer de idosos brasileiros. **Caderno de Educação Física e Esporte**, v. 16, n. 2, p. 39-49, 2018.

MANTOVANI, M.F.; MENDES, F.R.P. The quality of life of elderly's chronic disease sufferers: qualitative-quantitative research. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 9, n. 1, june 2010. ISSN 1676-4285. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2835/637> . Acessado em: 29 apr. 2019. doi:<https://doi.org/10.5935/1676-4285.20102835>.

MATAVELLI, I. S. et al. Hipertensão arterial sistêmica e a prática regular de exercícios físicos como forma de controle: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 4, p. 359-366, 2014.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 19, n. 3, 2016.

MONTEIRO, M. F.; SOBRAL, F. D. C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Rev. bras. med. esporte**, v. 10, n. 6, p. 513-519, 2004.

ONU. Nações Unidas do Brasil. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>. Publicado em 17 abr. e atualizado em 11.11;2014. Acessado em 17 abr. 2019.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. 10 out.2016. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839). Acessado em: 17 abr. 2019.

ORTA, A. C. A. Contributo dos centros de dia para o bem-estar subjetivo dos idosos. 2014. **Tese de Doutorado**. Instituto Politécnico de Beja. Escola Superior de Educação.

PEREIRA, D.S.; NOGUEIRA, J.A.D.; SILVA, C.A.B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n.4, p.p 893-908, 2015.

PINHEIRO, F. M. et al. Adesão terapêutica em idosos hipertensos: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 8, 2018.

ROTHMAN, G. et al. **Epidemiologia Moderna**, 3º ed. Porto Alegre, 2011.

SALVADOR, E.P.; REIS, R.S.; FLORINDO, A.A. Practice of walking and its association with perceived environment among elderly Brazilians living in a region of low socioeconomic level. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**. V. 7, n.1, p.67, 2010.

SANTOS, M.S.; FERREIRA, A.B. Avaliação da Adesão ao Tratamento da hipertensão arterial em pessoas Idosas. *Revista Kairós - Gerontologia*, v. 21, n.2, p.p 395-410, 2018.

SANTOS, H. A.; GOMES, S. C. S.; LIMA, R. J. C. P. Educação em saúde: uma estratégia no cuidado com idosos hipertensos. **PESQUISA EM FOCO**, v. 23, n. 1, 2018.

SANTOS, Z. M. S. A. et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 3, p. 332-40, 2005.

SILVA, R. S. L. F. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo por idosos na atenção primária. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 35, n. 2, 2015.

SILVEIRA, P. S.; AZAMBUJA, L. S. A influência da religiosidade e espiritualidade no enfrentamento da doença. **Psicologia.pt**, Guaíba – Rio Grande do Sul, 2018.

SUZANO, D. S. et al. A importância da qualidade de vida em pacientes hipertensos. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 1, p. 53-63, 2016.

SVARSTAD, B. L. et al. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. **Patient education and counseling**, v. 37, n. 2, p. 113-124, 1999.

**Tribunal Regional Eleitoral-TER**, 2014. Disponível em  
<http://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/estatisticas-eleitorais-2014-eleitorado>. Acessado em:  
Acessado em 24 de abril de 2019.

**U.S. Department of Health and Human Services**. Healthy People 2010: Understanding and  
Improving Health. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000.

VERAS, R. F. S.; OLIVEIRA, J. S. Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao  
tratamento anti-hipertensivo. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 10, n. 3, 2009.

**WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION** et al. Manual for Core Indicators on Country  
Pharmaceutical Situations [working draft]. Geneva, 2003.

**WHO**. World Health Organization. A glossary of terms for community health care and services for  
older persons. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report, volume 5,  
2004.